

MANAJEMEN HIPERKES DAN KESELAMATAN KERJA DI RUMAH SAKIT (TINJAUAN KEGIATAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DI INSTITUSI SARANA KESEHATAN)

OCCUPATIONAL SAFETY HEALTH AND ENVIRONMENT MANAGEMENT AT HOSPITAL (Contemplation Occupational Health and Safety Activity at Health Services Field)

Hamzah Hasyim

Fakultas Kedokteran Program Studi Kesehatan Masyarakat,
Universitas Sriwijaya, Sumatera Selatan

ABSTRACT

Implementation Occupational Safety Health and Environment (OSHE) management at hospital represent the effort in realizing safe, comfort and hygiene job environment, protect and improve the health employees, safe and have high performance.

According to regional and multilateral agreement like AFTA 2003, APEC 2005 and WTO 2020 requiring corporate world were inclusive of hospital to do various effort in anticipating globalization, which issues human right problems, equation of gender and health environmental. One of fundamental issue and important to prerequisite of competition and international standard demand were Occupational Health and safety (OHS) issue which related to issue of labor protection and human right.

Applying of Policy of OSHE management hospital represent the part of activity process to reach productivity, was required to increase competitiveness and also strive in anticipating resistance of technique era commerce and globalization.

Keywords: Occupational Safety Health and Environment (OSHE) management, hospital

PENGANTAR

Pelayanan rumah sakit sebagai industri jasa merupakan bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat sosioekonomi, yaitu suatu usaha yang walau bersifat sosial namun diusahakan agar bisa memperoleh *surplus* dengan cara pengelolaan yang profesional. Rumah sakit merupakan institusi yang sifatnya kompleks dan sifat organisasinya majemuk, maka perlu pola manajemen yang jelas dan modern untuk setiap unit kerja atau bidang kerja.¹ Sebagai contoh pada bidang manajemen Hiperkes dan Keselamatan Kerja.

Survey nasional di 2.600 rumah sakit di USA rata-rata tiap rumah sakit 68 karyawan cedera dan 6 orang sakit (NIOSH 1974-1976). Cedera tersering adalah *strain* dan *sprain*, luka tusuk, abrasi, *contusio*, *lacerasi*, cedera punggung, luka bakar dan fraktur. Penyakit tersering adalah gangguan pernapasan, infeksi, dermatitis dan hepatitis. Hasil identifikasi *hazard* RS ditemukan adanya gas anestesi, *ethylen oxyde* dan *cytotoxic drug*.

Laporan NIOSH 1985 terdapat 159 zat yang bersifat iritan untuk kulit dan mata, serta 135 bahan kimia *carcinogenic*, *teratogenic*, *mutagenic* yang dipergunakan di rumah sakit. *California State*

Departement of Industrial Relations menuliskan rata-rata kecelakaan di rumah sakit 16,8 hari kerja yang hilang per 100 karyawan karena kecelakaan. Karyawan yang sering mengalami cedera, antara lain: perawat, karyawan dapur, pemeliharaan alat, *laundry*, *cleaning service*, dan teknisi. Penyakit yang biasa terjadi antara lain: hipertensi, varises, anemia, ginjal (karyawan wanita), dermatitis, *low back pain*, saluran pernapasan, dan saluran pencernaan.² Klaim kompensasi karyawan RS lebih besar dibanding pegawai sipil lain.²

Risiko bahaya dalam kegiatan rumah sakit dalam aspek kesehatan kerja, antara lain berasal dari sarana kegiatan di poliklinik, bangsal, laboratorium, kamar *rontgent*, dapur, *laundry*, ruang *medical record*, *lift* (eskalator), *generator-set*, penyalur petir, alat-alat kedokteran, pesawat uap atau bejana dengan tekanan, instalasi peralatan listrik, instalasi proteksi kebakaran, air limbah, sampah medis, dan sebagainya.³

Dalam GBHN 1993, ditegaskan bahwa perlindungan tenaga kerja meliputi hak Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), serta jaminan sosial tenaga kerja yang mencakup jaminan hari tua, jaminan pemeliharaan kesehatan,

jaminan terhadap kecelakaan, jaminan kematian, serta syarat-syarat kerja lainnya. Hal tersebut perlu dikembangkan secara terpadu dan bertahap dengan mempertimbangkan dampak ekonomi dan *moneter*-nya, kesiapan sektor terkait, kondisi pemberi kerja, lapangan kerja, dan kemampuan tenaga kerja. Amanat GBHN ini menuntut dukungan dan komitmen untuk perwujudannya melalui penerapan K3. Upaya K3 sendiri sudah diperkenalkan dengan mengacu pada peraturan perundangan yang diterbitkan sebagai landasannya. Di samping UU No. 1/1970 tentang Keselamatan Kerja, upaya K3 telah dimantapkan dengan UU No. 23/1992 tentang Kesehatan, yang secara eksplisit mengatur kesehatan kerja.³

Dalam peraturan perundangan tersebut ditegaskan bahwa dalam setiap tempat kerja wajib diselenggarakan upaya keselamatan dan kesehatan kerja. Hal itu mengatur pula sanksi hukum bila terjadi pelanggaran terhadap ketentuan tersebut. Undang-Undang No. 23/1992 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa tempat kerja wajib menyelenggarakan upaya kesehatan kerja apabila tempat kerja tersebut memiliki risiko bahaya kesehatan yaitu mudah terjangkitnya penyakit atau mempunyai paling sedikit 10 orang karyawan. Rumah sakit sebagai industri jasa termasuk dalam kategori tersebut, sehingga wajib menerapkan upaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS). Upaya pembinaan K3RS dirasakan semakin mendesak mengingat adanya beberapa perkembangan. Perkembangan tersebut antara lain dengan makin meningkatnya pendayagunaan obat atau alat dengan risiko bahaya kesehatan tertentu untuk tindakan diagnosis, terapi maupun rehabilitasi di sarana kesehatan. Terpaparnya tenaga kerja (tenaga medis, paramedis, dan nonmedis) di sarana kesehatan pada lingkungan tercemar bibit penyakit yang berasal dari penderita yang berobat atau dirawat, adanya transisi epidemiologi penyakit dan gangguan kesehatan. Hal tersebut diikuti dengan masuknya IPTEK canggih yang menuntut tenaga kerja ahli dan terampil. Hal ini yang tidak selalu dapat dipenuhi dengan adanya risiko terjadinya kecelakaan kerja. Untuk itu diperlukan adanya peningkatan SDM di sarana kesehatan, tidak saja untuk mengoperasikan peralatan yang semakin canggih namun juga penting untuk menerapkan upaya K3RS.^{2,3}

Program *Occupational Safety Health and Environment* (OSHE) bertujuan melindungi karyawan, pimpinan, dan masyarakat dari kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK) (singkatannya), menjaga agar alat dan bahan yang dipergunakan dalam proses

kegiatan yang hasilnya dapat dipakai dan dimanfaatkan secara benar, efisien, serta produktif. Upaya OSHE sangat besar peranannya dalam meningkatkan produktivitas terutama mencegah segala bentuk kerugian akibat *accident*. Masalah penyebab kecelakaan yang paling besar yaitu faktor manusia karena kurangnya pengetahuan dan keterampilan, kurangnya kesadaran dari direksi dan karyawan sendiri untuk melaksanakan peraturan perundangan K3 serta masih banyak pihak direksi menganggap upaya K3RS sebagai pengeluaran yang mubazir, demikian juga kalangan karyawan banyak yang menganggap remeh atau acuh tak acuh dalam memenuhi SOP kerja. Penyebab lain adalah kondisi lingkungan seperti dari mesin, peralatan, pesawat, dan lain sebagainya.²

RISIKO BAHAYA POTENSIAL DI RUMAH SAKIT

Penyakit akibat kerja di sarana kesehatan umumnya berhubungan dengan berbagai faktor biologis (kuman patogen; *pyogenic, colli, bacilli, staphylococci*, yang umumnya berasal dari pasien). Begitu besar risiko yang akan dihadapi apabila masalah sanitasi termasuk pengelolaan limbah, kurang mendapat perhatian yang serius. Tahun 1977 dari seluruh rumah sakit di AS menunjukkan bahwa penderita yang dirawat 5%-10% menderita infeksi nosokomial (*Hospital Acquired Infection*). Di AS insiden infeksi nosokomial $\pm 5\%$ dan CFR 1 %, di U.K $\pm 9,2\%$, di Malaysia prevalens $\pm 12,7\%$, di Taiwan insiden $\pm 13,8\%$, di Jakarta $\pm 41,1\%$, di Surabaya $\pm 73,3\%$ dan di Yogyakarta $\pm 5,9\%$. Hari perawatan pasien yang menderita infeksi nosokomial tersebut bertambah 5-10 hari, demikian pula angka kematian pasien menjadi lebih tinggi yaitu sebesar 6% dibanding yang tidak terkena infeksi nosokomial hanya sebesar 3%. Tenaga medis RS mempunyai risiko terkena infeksi 2-3 kali lebih besar daripada medis yang berpratik pribadi. Kerugian akibat penambahan hari perawatan dan pengobatan tersebut mencapai lebih dari 2 milyar US.³

Dapat dibayangkan bagaimana besarnya kerugian itu seandainya dihitung untuk rumah sakit di Indonesia, dimana kondisi sanitasi dan K3RS yang pada umumnya masih lebih buruk.

Faktor kimia (bahan kimia dan obat-obatan antibiotika, cytostatika, narkotika dan lain-lain, pemaparan dengan dosis kecil namun terus menerus seperti antiseptik pada kulit, gas anestesi pada hati. *Formaldehyde* untuk mensterilkan sarung tangan karet medis atau paramedis dikenal sebagai zat yang bersifat karsinogenik), faktor ergonomi (cara duduk, mengangkat pasien yang salah), faktor fisik yaitu pajanan dengan dosis kecil

yang terus menerus (kebisingan dan getaran diruang generator, pencahayaan yang kurang dikamar operasi, laboratorium, ruang perawatan, suhu dan kelembabam tinggi diruang *boiler* dan *laundry*, tekanan barometrik pada *decompression chamber*, radiasi panas pada kulit, tegangan tinggi pada sistem reproduksi, dan lain-lain) serta faktor psikososial (ketegangan dikamar bedah, penerima pasien gawat darurat dan bangsal penyakit jiwa, shift kerja, hubungan kerja yang kurang harmonis, dan lain-lain).³

Bagian pemeliharaan terpajan dengan *solvent*, asbes, listrik, bising, dan panas. Karyawan di bagian *cleaning service* terpajan deterjen, desinfektan, tertusuk sisa jarum suntik dan lain-lain. Karyawan catering sering mengalami tertusuk jari, luka bakar, terpeleset, keletihan, stres kerja, dan lain-lain. Teknisi radiologi potensial terpajan radiasi dari sinar X dan radioaktif isotop atau zat kimia lainnya. Perawat sering cedera punggung, terpajan zat kimia beracun, radiasi, dan stres akibat *shift* kerja. Petugas di ruang operasi mempunyai risiko masalah reproduksi atau gastroenterologi. Paparan limbah gas anaestesi, risiko luka potong – tusuk, radiasi, dan lain-lain.²

Rumah sakit merupakan penghasil sampah medis atau klinis terbesar, yang kemungkinan mengandung mikroorganisme patogen, parasit, bahan kimia beracun dan radioaktif. Hal ini dapat membahayakan dan menimbulkan gangguan kesehatan baik bagi petugas, pasien maupun pengunjung rumah sakit. Di samping itu, jika pengelolaannya tidak baik dapat menjadi sumber pencemaran terhadap lingkungan yang pada gilirannya akan menjadi ancaman terhadap kesehatan masyarakat yang lebih luas. Pengelolaan sampah dan limbah rumah sakit merupakan bagian dari upaya penyehatan lingkungan, bertujuan melindungi masyarakat akan

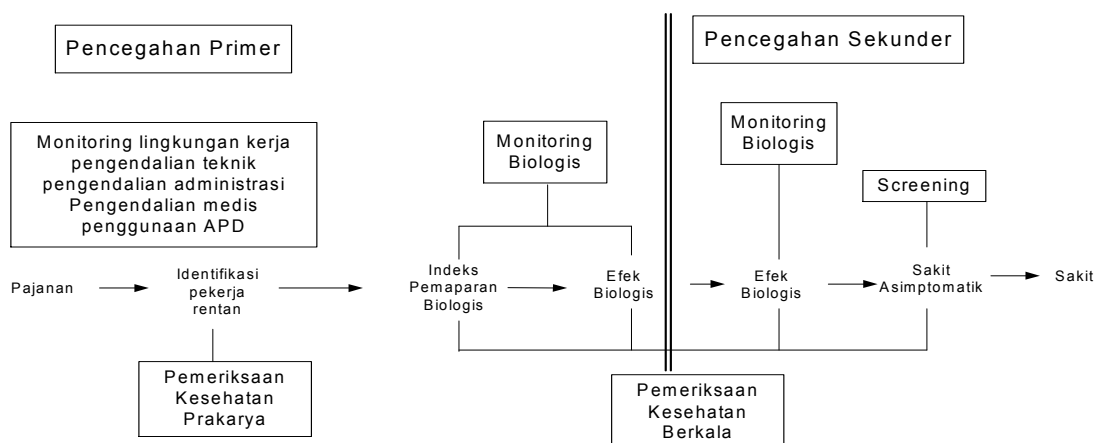
bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari sampah atau limbah rumah sakit.^{3,4,5}

Peraturan Pemerintah RI No 19/1994 menetapkan bahwa limbah hasil kegiatan RS dan laboratoriumnya termasuk dalam daftar limbah B3 dari sumber yang spesifik dengan kode limbah D227.¹ Sesuai dengan Permenkes No. 986 Menkes/Per/XI/1992, tanggal 14 November 1992 tentang prasyarat kesehatan lingkungan rumah sakit meliputi; penyehatan bangunan dan ruangan termasuk pengaturan pencahayaan, penghawaan serta pengendalian kebisingan, penyehatan makanan dan minuman, penyehatan air termasuk kualitasnya, pengelolaan limbah, penyehatan tempat pencucian umum termasuk pencucian linen, pengendalian serangga dan tikus, sterilisasi atau desinfeksi, perlindungan radiasi serta penyuluhan kesehatan lingkungan.⁶

PENGENDALIAN PENYAKIT DAN KECELAKAAN AKIBAT KERJA DI RS/SARANA KESEHATAN

Dalam pelayanan kesehatan kerja dikenal tahapan pencegahan PAK dan kecelakaan akibat kerja (KAK) yakni pencegahan primer, meliputi pengenalan *hazard* (potensi bahaya), pengendalian paparan yang terdiri dari monitoring lingkungan kerja, monitoring biologi, identifikasi pekerja yang rentan, pengendalian teknik, administrasi, penggunaan APD. Pencegahan sekunder meliputi *screening* penyakit, pemeriksaan kesehatan berkala, pemeriksaan kesehatan bagi pekerja yang berpotensi terpajan *hazard* tertentu, berdasarkan peraturan perundangan (*statutory medical examination*).⁷

Pelayanan kesehatan kerja juga diberikan pada tahapan pencegahan tersier meliputi upaya *disability limitation* dan rehabilitasi. Pelayanan kesehatan kerja tersebut, seperti yang diilustrasikan pada Gambar 1 di bawah ini.



Sumber: Jeyaratnam J, Koh D prevention of occupational diseases in Jeyaratnam J, Koh D (eds), Textbook of occupational medicine in practise Singapore; world scientific; 1996: 420

Gambar 1. Pelayanan Kesehatan Kerja dalam Konsep Pencegahan Penyakit yang Timbul Akibat Hubungan Kerja

Dengan kata lain pengendalian PAK dan KAK di RS meliputi:

1. *Legislative control* seperti peraturan perundangan, persyaratan-persyaratan teknis dan lain-lain
2. *Administrative control* seperti seleksi karyawan, pengaturan jam kerja dan lain-lain
3. *Engineering control* seperti substitusi/isolasi/perbaikan sistem dan lain-lain serta
4. *Medical control*

DASAR HUKUM MANAJEMEN HYPERKES DAN KESELAMATAN KERJA DI RUMAH SAKIT

Beberapa standar hukum yang digunakan sebagai landasan pelaksanaan manajemen hiperkes dan keselamatan kerja di rumah sakit antara lain;

1. Undang-Undang No 14/1969 tentang Ketentuan Pokok Tenaga Kerja.
2. Undang-Undang No 1/1970 tentang Keselamatan Kerja.
3. Undang-Undang No 23/1992 tentang Kesehatan.
4. Permenkes RI No 986/92 dan Kep Dirjen PPM dan PLP No HK.00.06.6.598 tentang Kesehatan Lingkungan RS.
5. Permenkes RI No 472/Menkes/Per/V/96 tentang pengamanan bahan berbahaya bagi kesehatan.
6. Kepmenkes, No. 261/MENKES/SK/II/1998 dan Kep Dirjen PPM dan PLP No HK.00.06.6.82 tentang Petunjuk Tehnis

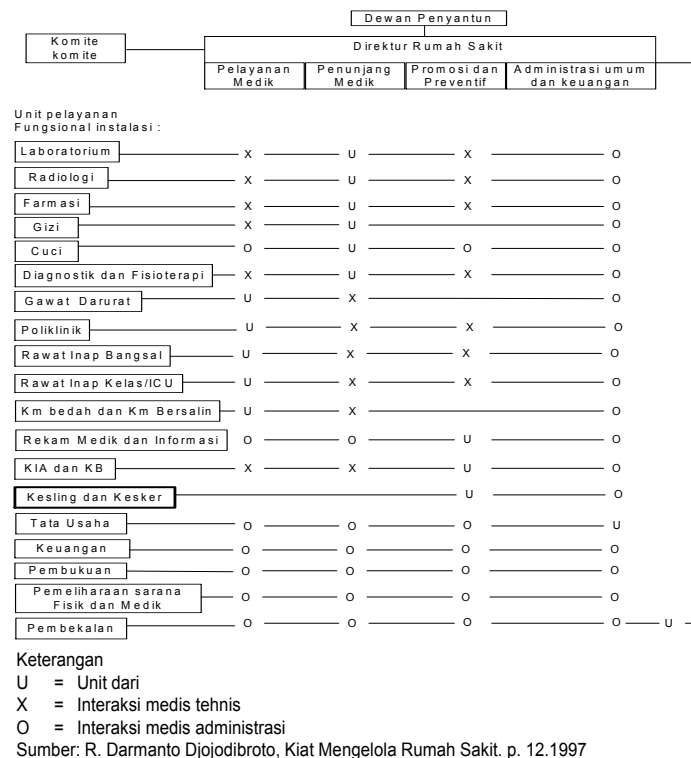
Pelaksanaan Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja.

7. Kepmenkes, No. 1335/MENKES/SK/X/2002 tentang Standar Operasional Pengambilan dan Pengukuran Sampel Kualitas Udara Ruang RS.

Pengorganisasian K3 di rumah sakit berdasarkan atas;

1. Surat edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik No.00.06.6.4.01497 tanggal 24 Februari 1995 tentang PK3-RS
2. Optimalisasi fungsi PK3-RS dalam pengelolaan K3 RS
3. Akreditasi RS
4. Audit manajemen K3 RS
5. SK MenKes No 351/MenKes/SK/III/2003 tanggal 17 Maret 2003 tentang Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Sektor Kesehatan
6. SKB No. 147 A/Yanmed/Insmed/II/1992 Kep. 44/BW/92 tentang Pelaksanaan Pembinaan K3 Berbagai Peralatan Berat Nonmedik di Lingkungan RS

Salah satu contoh struktur organisasi rumah sakit BUMN yang telah mencantumkan manajemen hiperkes dan Keselamatan Kerja RS, yang diimplementasikan kedalam sistem manajemen sanitasi rumah sakit dan pengendalian infeksi nosokomial serta manajemen keselamatan kerja terlihat seperti pada Bagan 1.



Bagan 1. struktur salah satu organisasi rumah sakit BUMN

Tabel 1. Tiga Fungsi Pokok Manajemen Menurut Beberapa Ahli

G.R Terry	Harold Koontz and Cyril O' Donnel	Henry Fayol	James AF Stoner	D Keith Denton
<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>
<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>
<i>Actuating</i>	<i>Staffing</i>	<i>Directing</i>	<i>Leading</i>	<i>Controlling</i>
<i>Controlling</i>	<i>Directing</i> <i>Controlling</i>	<i>Coordinating</i> <i>Controlling</i>	<i>Controlling</i>	<i>Motivating</i>

PELAKSANAAN MANAJEMEN K3 RS

Pelaksanaan manajemen hiperkes dan K3 RS, berupaya meminimalisasi kerugian yang timbul akibat PAK dan KAK, perlindungan tenaga kerja serta pemenuhan peraturan perundangan K3 yang berlaku (*law-compliance*). Perekonomian global telah menstandarkan ISO baik seri 9000 maupun seri 14.000, kriteria yang ditetapkan antara lain kualitas produk atau jasa/pelayanan yang tinggi, keamanan pada tenaga kerja dan konsumen atau pasien serta ramah akan lingkungan. Fungsi manajemen, yang dikemukakan oleh beberapa ahli, mengacu kepada tiga fungsi pokok manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian dan pengawasan atau pengendalian^{8,9,10,11} seperti yang terlihat pada pada Tabel 1.

Fungsi manajemen lainnya disesuaikan dengan falsafah RS yang bersangkutan.

Fungsi perencanaan dalam manajemen Hyperkes dan K3 RS, merupakan bagian integral dari perencanaan manajemen perusahaan secara menyeluruh, yang dilandasi oleh komitmen tertulis atau kesepakatan manajemen puncak. Pengorganisasian K3 RS mengacu ke UU No 1/1970 tentang Pembentukan Panitia Pembina K3 RS (P2K3 RS) yang keanggotaannya terdiri dari 2 unsur (*bipartite*) yaitu unsur pimpinan dan unsur tenaga kerja. Fungsi pengawasan atau pengendalian didalam manajemen hiperkes dan K3RS merupakan fungsi untuk mengetahui sejauhmana pekerja dan pengawas atau penyelia mematuhi kebijakan K3RS yang telah ditetapkan oleh pimpinan serta dijadikan dasar penilaian untuk sertifikasi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Tujuan Manajemen hiperkes dan K3RS adalah melindungi petugas RS dari risiko PAK/PAHK/KAK serta dapat meningkatkan produktivitas dan citra RS, baik dimata konsumen maupun pemerintah. Keberhasilan pelaksanaan K3RS sangat tergantung dari komitmen tertulis dan kebijakan pihak direksi. Oleh karena itu, pihak direksi harus paham tentang kegiatan, permasalahan dan terlibat langsung dalam kegiatan K3RS. Pelaksanaan K3 di rumah sakit ditujukan pada 3 hal utama yaitu

SDM, lingkungan kerja dan pengorganisasian K3 dengan menggalakkan kinerja P2K3 (Panitia Pembina atau Komite K3) di RS.

UCAPAN TERIMA KASIH

Saya ucapkan terima kasih kepada Dr. H.M.A Husnil Farouk, MPH selaku ketua PSKM FK Unsri dan Dr. H. Danardono Soekimin, MPA, ASC, selaku ketua Ikatan Dokter Kesehatan Kerja (IDKI) Provinsi Sumatera Selatan atas bimbingannya.

KEPUSTAKAAN

1. Darmanto Djojodibroto R., Kiat Mengelola Rumah Sakit, Hipokrates, Cetakan I, 1997.
2. Kepala Pusat Kesehatan Kerja, Kesehatan Kerja Disarana Kesehatan, Pentaloka Fasilitator K3 Di Pusdiklat Jakarta, 14 Juli 2003.
3. Komite K3. Seminar K3 di RS, Jakarta 22 Januari 1994.
4. Depkes RI DIRJEN PPM dan PLP, Pedoman Sanitasi Rumah Sakit Di Indonesia, Depkes RI, 1990.
5. Keputusan Dirjen P2M dan PLP No. HK.00.06.6.44. Tanggal 18 Februari 1993, Tentang Persyaratan dan Petunjuk Teknis Tata Cara Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit.
6. Permen Kes RI No. 986/menkes/per/XI/1992 Tanggal 14 November 1992, Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. 1992.
7. Jeyaratnam, J., Koh, D. Prevention Of Occupational Diseases, In Jeyaratnam J, Koh D (eds), Textbook Of Occupational Medicine In Practice Singapore; World Scientific; 1996.
8. Sugeng Budiono, A.M., Higiene Perusahaan, dalam Bunga Rampai Hiperkes dan K3, 2nd, Jakarta 2003.
9. Yusuf, RMS,, Manajemen Hiperkes Dan Kesehatan Kerja di Perusahaan, dalam Bunga Rampai Hiperkes dan K3, 2nd, Jakarta. 2003.
10. Benny. L. Priatna. Integrasi SMK3, dalam Bunga Rampai Hiperkes dan K3, 2nd, Jakarta 2003.
11. Bennet Silalahi, et.al. Manajemen K3, Seri Manajemen No. 12 PT Pustaka Binamam Pressindo, Jakarta 1985.

PENDAPATAN, PENDIDIKAN, TEMPAT TINGGAL, DAN KEMAUAN MEMBAYAR ASURANSI KESEHATAN ANAK: PENGGUNAAN TEKNIK “BIDDING GAME”

INCOME, EDUCATION, RESIDENCE, AND WILLINGNESS TO PAY FOR CHILD HEALTH INSURANCE: THE USE OF BIDDING GAME TECHNIQUE

Bhisma Murti

Department of Public Health,
Faculty of Medicine, Sebelas Maret University, Surakarta, Central Java

ABSTRACT

Backgrounds: Over recent years health policymakers and academicians in Indonesia have shown zealous interest in expanding the explicit role of health insurance in the health financing system. However, many health financing policies produced are lacking in prudent consideration of economic theory and empirical evidence. This paper presents the results of a willingness to pay study for child health insurance that used a robust contingent valuation method, namely the bidding game technique.

Subject and methods: A total of 409 children aged 3 to 7 years from 10 and 9 kindergartens in Surakarta and Boyolali (Central Java, Indonesia), respectively, were selected for study by proportional random sampling. Each father of these children was interviewed by use of a set of structured questionnaire. Willingness to pay was estimated by Ordinary Least Square (OLS) regression.

Results: Thirty six percent of fathers did not want to buy a child health insurance scheme. Income, education, and residence do not determine this decision. Mean WTP for child's premium is Rp28.743,00 per month, with standard deviation of Rp29.271,00, and median WTP of Rp20.000,00. Family income, education, and residence are important determinants for WTP for child's health insurance, and they are all statistically significant at 1% level. Family income has an elasticity of 0.53 (95%CI 0.40 to 0.65), meaning that a 10% increase in family income leads to 5% rise in WTP for child health insurance.

Conclusion: The paper has informed policymakers of the demand for health insurance and feasible prices. It is particularly useful for estimating the level of subsidies required to fill the gap between the maximum possible premium to be charged to social health insurance participants and the costs of providing health care services. An understanding of the determinants of WTP is useful for selecting the appropriate strategies for expanding the coverage of health insurance.

Keywords: health insurance, willingness to pay, bidding game technique

INTRODUCTION

Child health is now being increasingly recognised as a pre-requisite for future economic growth. Better health among infants and children leads to higher survival rates and better health among adults that boosts gross domestic product (GDP) per capita by increasing the ratio of (economically active) workers to dependents.^{1,2} Considering child health in a broader production function context casts different light on the role of health insurance. Health insurance lowers the costs of medical care, increases utilisation of medical care, and assuming connection between medical care and health, it improves health status of the

insured. In Indonesia, health insurance was first introduced in 1947. However, the progress has been so slow that after a half century only 14 percent of the population, about 28.7 million people, is covered by health insurance.³ About 7 percent of those insured are government employees, their dependents, and retirees, covered under the Askes compulsory health insurance scheme. The remaining 7 percent of the insured are non-government employees covered under the Jamsostek mandatory social security scheme, and purchasers of private health insurance.^{4,5}

Health insurance is a current policy issue in Indonesia. In September 2004, the government

passed the National Social Health Insurance Act (SJSN). Under this act, citizens are obliged to have some social security for the entitlement of primary care and hospital services. For individuals working in the state and the industrial sector, the premium is to be shared by workers and the employer, while the premium for the poor is to be paid by the government. Although there is a keen drive to develop universal coverage of health insurance in Indonesia, there is a dearth of research that provides evidence for policy-making. Particularly, there is a lack of studies that estimates an individual's and family's willingness to pay (WTP) for health insurance using a robust method. WTP studies are useful to determine the demand and price of a health insurance scheme, while information on feasible price is important to determine the revenue to be generated from a given package of insurance benefits.⁶

Given the immediate policy relevance of WTP studies, the current research seeks to estimate fathers' WTP for children's health insurance, using data drawn from families living in rural and urban areas in Indonesia. The WTP values are elicited by use of the bidding game technique, one of an array of contingent valuation (CV) methods that is being increasingly used in developing countries. The second objective is to estimate factors determining WTP, including family income, parental education, gender, age, and illness history. The possibility of starting point bias is also considered. The utility of the study is to inform policy decisions of the demand for health insurance and feasible prices. In particular, it is useful for health planners in estimating the level of subsidies required to fill the gap between the maximum possible premium to be charged to social health insurance participants and the costs of providing health care services.

The remainder of the chapter is organised as follows. Section 2 outlines the theoretical framework. Section 3 briefly reviews previous work. Section 4 states the hypotheses. Section 5 describes the material and methods. Section 6 presents the results. Section 7 conveys discussion and policy implications. Section 8 concludes.

THEORETICAL FRAMEWORK

Willingness To Pay

The neo-classical theory of demand assumes that individuals are able of making rational choices between alternative goods to maximise their utility and that this choice leads an individual to the point at which marginal value for a good equals the price paid. According to welfare economic theory, the value (i.e. benefit) to an individual of a good or service is defined as the individual's maximum

willingness to pay (WTP).^{7,8,9} Willingness to pay (WTP) is the maximum amount of income an individual is willing to give up to ensure that a proposed good or service is available.¹⁰ Willingness to pay (WTP) for a commodity is an indicator of the utility or satisfaction to her of that commodity.¹¹ According to Olsen and Smith¹², WTP is "theoretically correct" in that it has theoretical basis in welfare economics and is correct in its application to health and health care.

Willingness to pay values can generate a demand curve that is useful to estimate the social value of priced and non-priced (e.g. health) goods and services. The utility of WTP studies is twofold. They can assist policy makers to make decisions about how to best use of limited resources, both in private and public provisions of health care, derived from cost-benefit analysis framework.^{7,9,13} Willingness to pay (WTP) studies can also assist policy-makers in setting price, since maximum WTP represents just the "price" (i.e. money extracted from the consumer) that one is prepared to sacrifice something else to get the good or service.^{9,13} However, WTP is different from price in that maximum WTP reflects the gross value enjoyed by a consumer of the product, thereby represents opportunities forgone to consume, whereas price of the product is an element that must be netted out from the gross value.¹⁴ In a private market, for most individuals who purchase the product, their maximum WTP is more than the price and their WTP is at least equal the price.⁷

The Demand for Health Insurance

The model of the demand for health insurance developed here draws on Grossman^{15,16}, Jacobson¹⁷ and Bolin et al.,¹⁸. A family is assumed to have a single utility function. Let the family consists of father, h , mother, w , and child, c . The family's objective is to maximise utility derived from the service flow of family member's health capital, consumption of other commodities, and the service flow of social capital; subject to the production of health capital, "home goods", subject to the joint wealth and time constraint (Equation 1):

(1)

where H_m is father's health, H_f is mother's health, H_c is child's health, and Z is a composite good. Parents allocate resources to produces own and child health. The child is passive. Parents invest to produce child health over time by use of market health inputs (M_c), and parental time ($T_{Hc,m}$ and T_{Hcf} , respectively), influenced by efficiency factors (E_m , E_f , and S respectively), according to the production function (Equation 2):

(2)

Market health inputs (i.e. medical care) may be purchased directly at the point of service or indirectly through health insurance. It is conceivable that just as the demand for medical care is a derived demand for health^{15,16}, so is the demand for health insurance. At the point of service the insured patients pay low or even zero amount of money for the cost of medical care, thereby permitting the insured patients to use necessary medical care. In that way, *ceteris paribus*, the introduction of health insurance is assumed to produce improvement in population health. While health insurance is an exogenous factor in the production function of health capital, in Equation 3 it is treated as an endogenous factor for which the effects of predictors are to be determined. The demand for health insurance is determined by family member's initial stock of health (H_i); a vector of the family member's characteristics (X_i), including initial health status, age and gender; a vector family characteristics, including parental income (Y), parental education (E); and vector of environmental factor, such as urban-rural residence (G); and the initial bids offered to parent as the respondent in the WTP study; subject to budget constraint (Equation 3):

$$i=m,f,c \quad (3)$$

In the original Grossman's^{15,16} model of the demand for health, net investment in the stock of health is determined by current health state. The poorer current health state, the larger gross investment is needed to maintain the same level of net investment. Illness history for the past 3 months was intended to portray current health state. It is reasonable to assume that the more frequent a child experiences illness episodes in the past months, the greater gross investment is needed to preserve the same health stock, the greater amount of money parent is willing to pay for child health insurance.

Figure 1 illustrates the concept of WTP for a good or service, relating income and utility. The good in question is a health insurance scheme. Notice that the utility function of income is typically concave, and the individual is called a risk averter, a necessary condition for a health insurance scheme to be viable.^{19,20}

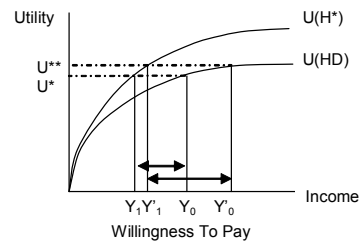


Figure 1. The effect of increased income on WTP for health insurance that yields a health improvement from a specific disease state (HD) to full health H^*

Assume that the scheme proposed to the respondents covers outpatient care, inpatient care, and surgery. These benefits permit the insured to use necessary care in the event of an illness or an injury so that her health status moves from a specific illness state (HD) to full health (H^*). When an individual buys a health insurance scheme, she must give up some of her income, thereby her utility will decline. The difference between Y_0 and Y_1 reflects the individual's maximum WTP for the health insurance scheme, since an increase in utility due to improved health state just offsets the reduction in utility due to buying insurance premium. It follows that a rise in income would lead to larger difference between Y_0' and Y_1' , implying larger WTP.

According to Grossman^{15,21} education is a factor that improves the efficiency with which one can produce investments to health. It is reasonable to hypothesise that the higher educated better recognise the advantages of having health insurance in lowering the cost of medical care when ill. Therefore, the higher educated families demand more child health insurance.

Previous Research

Willingness to Pay (WTP) studies are being increasingly used as a method for the valuation of benefits, modelling of demand, and the design and implementation of user fees for a variety of goods and services in the health sector.^{22,23} However, only a few studies have applied WTP to estimate the benefit of a health insurance scheme.^{24,25,26,27,28}

Asenso-Okyere, et al.²⁴ employed bidding game to assess WTP for a comprehensive health insurance scheme in Ghana. The levels of premium households were willing to pay were found to be influenced by dependency ratio, income, sex, health care expenditure, and education. As income increases people are willing to pay higher premiums of health insurance. An increase in years of schooling would lead to WTP higher premiums. Households with higher level of health expenditures or people who find health care cost difficult to

contain are likely to accept higher health insurance premiums. Age had the positive sign but was not statistically significant, even at 10 percent level. Mathiyazhagan²⁵ estimated WTP for rural health insurance in India and found that WTP was positively and significantly associated with family size, health status, source of health care service utilised, income, income flow, distance, and familiarity of health system. Age was inversely related to WTP, although it was not statistically significant.

Banks, et al.²⁶ estimated consumers' WTP for MOH-sponsored voluntary health insurance in Jordan. Ninety-eight percent of all focus group participants indicated that they would be willing to purchase health insurance from the public or private sectors, if presented with the option. Seventy-six percent of all focus group participants stated that government-sponsored health insurance should be voluntary, not compulsory. Dong, et al.²⁸ estimated WTP for community-based insurance in Burkina Faso. They found that education and economic status positively influence WTP, implying higher years of schooling and economic status and higher WTP. Age and distance to health facility negatively influence WTP, thus higher age and longer distance and less WTP.

Hypothesis

Based on available theories and previous research, the hypotheses on WTP for child health insurance are summarised as follows (Table 1).

Table 1. Hypothesis On WTP For Child Health Insurance

Predictor	WTP for health insurance
Current health status (good)	↓
Family income	↑
Father's education	↑
Residence (rural)	↓

MATERIAL AND METHODS

The present study follows the National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA)'s²⁹ strong recommendation that WTP studies be carried out as face-to-face interview. The WTP study was conducted in two diverse districts in Central Java, Indonesia. Surakarta municipality (population is 553,580) represented urban area. Boyolali district (population is 931,380) represented rural area. Ten kindergartens in Surakarta and 9 kindergartens in Boyolali were selected to represent high, middle, and low socio-economic status of populations. A total of 409 children aged 3 to 7 years were selected by proportional random sampling from the selected schools. Fathers of these children were interviewed

by nine trained interviewers, using a set of structured questionnaire. Consent for the survey was obtained from schoolmaster of each school. Parents were allowed to decline.

WTP Instrument

There are two approaches for estimating WTP: (1) direct method, and (2) indirect method.³⁰ Direct or contingent valuation (CV) method surveys a sample of respondents and directly asks them what they would be willing to pay for the good in question. The technique is prospective and determines WTP contingent upon a hypothetical market presented to the respondent. The estimates are not based on observed or actual behaviour, but instead, on inferring what an individual's behaviour would be from the answers he or she provides in the survey framework.

The CV method is classified into two groups: open-ended or closed-ended.³⁰ For the sake of unbiased estimates of WTP, the NOAA²⁹ (1993) has always recommended the use of the closed-ended method, in which respondents are asked whether they would pay a specified amount to obtain the good in question, with possible response being "yes" or "no". A type of CV methods being increasingly used in developing countries is the bidding game technique. In this technique, information about consumer preferences is obtained by suggesting different prices and bidding the respondent up or down depending on the answers given.^{23,31} A relative merit to the other techniques is that it mimics the decision making process that individuals usually practice in everyday market transaction in many developing countries, where the seller typically initiates the bargaining by quoting a high price, and then buyer haggles until both sides arrive at agreed price.²³ The purported drawback of this technique, however, is its vulnerability to starting point bias.^{32,33,34} Starting point bias refers to a bias where respondents are influenced by the amount used to start the bidding, so that higher starting bids tend to produce higher accepted bids, *ceteris paribus*.

The current WTP instrument consists of two components. The first component is a regular household questionnaire that collects information on family demographic and socio-economic characteristics. The second component consists of a scenario and bidding game questions. The scenario presented to the respondents includes the meaning and benefits of health insurance for the protection against financial risk in the unpredictable events of illness. The interviewer explained the rationale for participation in a health insurance scheme, the benefits that respondents would gain

from being a member of the scheme, and the economic consequence of their participation. In line with the NOAA²⁹, respondents were reminded that if they decided to become members, they had to pay premium on a regular monthly basis at the expense of a reduction in their disposable income available for consumption of other public and private goods. The following scenario was presented:

“Allow me to ask you some hypothetical questions about health insurance. First I would like to explain the relation between illness and health insurance. Every one has the probability of being sick. Now suppose within the next one year your child would experience an illness. As a result, your child would be absent from school, and you need to take your child to a doctor or specialist. The child may even need hospital care or surgery, and the consequential medical expenditure could be high. If you purchase a health insurance scheme, all of your child’s medical costs will be covered by the scheme, including costs of doctor visit, specialist consultation, medicine, inpatient services at private hospital, and surgery. For these benefits to be made effective, you need to pay some amount of money so-called as premium, on a monthly basis. This money will not be refundable if your child is not sick, because it is not a saving scheme. Bear in mind if you purchase this insurance scheme, you have to give up some other use of this money. For example, you may reduce family’s expenditures for recreation or education”

In line with the NOAA²⁹ recommendation, WTP was elicited using the binary-choice bidding game technique. In anticipation to the existence of starting point bias, three initial bids were allocated at random to each respondent (i.e. each father): Rp20,000,00, Rp30,000,00, and Rp40,000,00. This strategy for eliminating starting point bias has been used by others.^{13,35} In order to make the good in question as realistic as possible, the bid values follow the premiums set in three different health insurance packages (so-called as the blue, silver, and gold packages) which PT Askes has marketed over the past several years. Respondents were asked whether they were willing to pay the pre-specified initial bid. If the answer were yes, the respondents were asked whether they would be willing to pay a pre-specified higher amount. If the answer were no, the respondents were asked whether they would be willing to pay a pre-specified lower amount. It was decided to have a maximum of three-point bids in order to avoid complexity of the exercise posed to the respondents. The bidding ended at the third bid with an open-ended question eliciting the exact amount of money respondents would willing to pay for the proposed insurance

scheme. The open-ended follow up question produces continuous scale WTP values, and thus allows an estimation using OLS regression. The bidding questions were posed as follows:

“Now I would like to ask you the following questions. Given the above consideration regarding the benefits and consequences of the proposed health insurance scheme, would you decide to buy it or not? (0) No; (1) Yes. Given you decide to buy the proposed child health insurance scheme:

- **Are you willing to pay Rp30.000,00 per month for the premium of child health insurance scheme? [If yes, go to B, and if no go to C].**
- **Are you willing to pay Rp40.000,00 per month for the premium of child health insurance scheme? [No matter the answer, go to D].**
- **Are you willing to pay Rp20.000,00 per month for the premium of child health insurance scheme? [No matter the answer, go to D].**
- **What is the maximum amount that you are willing to pay for the premium of child health insurance scheme? [Amount in Rupiah].”**

Econometric analysis

The analytical framework employs the two-part model (Figure 2). The two-part model has been used in former health insurance research.^{13,25,36}

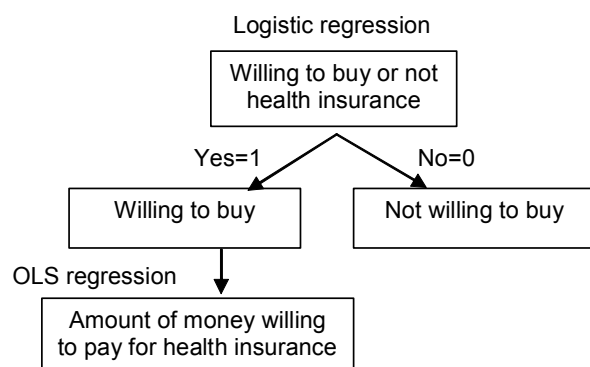


Figure 2. The Two Part Model

The first part of the model seeks to examine factors determining the willingness to buy health insurance. The decision to buy or not buy is a dichotomous variable taking the value of 0 if not buy, and 1 if buy. Differences in percentage of willingness to buy across income quintiles, education, illness history, child’s gender, rural-urban residence, respectively, were tested for statistical significance in bivariate analysis by use of chi-square test. Logistic regression followed bivariate analysis. The second part estimates WTP for child’s health insurance premiums, given father was willing to buy. Differences in mean WTP across income

quintiles, education, etc. in bivariate analysis were tested by F test or t test. WTP for child's health insurance is assumed to be a function of family income, father's education, child's age, child's gender, illness history, rural-urban residence, and initial bid. Since the dependent variable was measured in continuous scale (i.e. Rupiah), WTP was estimated by OLS regression analysis (Equation 4):

(4)

where WTP, willingness to pay; α , intercept; β , coefficients of explanatory variables; X, explanatory variables. The transformation of WTP and income variables to logs achieves three things. Firstly, as previous studies have examined, a non-linear relationship between WTP and income is adequately captured by a log transformation. Secondly, the log transformation corrects for the right-skewed distribution of residuals commonly exists when the dependent variable is skewed to the right. The resulting normal distribution of residuals allows the use of OLS regression. Thirdly, this convenient transformation allows universal comparisons with the results of other studies as the regression results provide elasticities. An elasticity reports the percentage change in one dependent variable for a 1 percent change in the independent variable, and is a useful way to compare empirical results as it is a scale neutral.^{28,36,37,38}

Dependent Variable

Willingness To Buy. Willing to buy variable is defined as respondent's willingness to buy a hypothetical health insurance scheme proposed to the respondent after a scenario has been presented to describe the benefits and the consequences of purchasing a health insurance scheme. It has discrete values of 0 if willing, or 1 if not willing to buy.

Willingness To Pay. Willingness to pay is the maximum amount of income the respondent is willing to give up to ensure that the proposed health insurance scheme is available, given the respondent is willing to buy health insurance. It has continuous values (Rupiah).

Independent Variable

Income Family income is defined average monthly income that is earned or unearned over the past six months. The original values of income were transformed into natural logarithm. This transformation aims to correct the distribution of residuals which is typically skewed to the right when

the dependent is skewed to the right, and to obtain income elasticity estimate.

Education Father's education was grouped into three levels: (0) no schooling/primary school, (1) secondary school, and (2) university. This variable was then dummy-coded.

Age Child's age was measured in year to allow some continuous explanatory variables in the OLS regression model.

Sex Child's sex is a binary variable taking the value of 0 if male and 1 if female child. **Residence** is a dichotomous variable: (0) urban, (1) rural.

Initial Bid Each respondent was assigned at random to one of the three initial bids: (0) Rp20.000,00; (1) Rp30.000,00; and (2) Rp40.000,00.

Statistical Analysis

Summary statistics are presented in mean, median, standard deviation, frequency, and percent. The OLS regression coefficients are presented in marginal effects with their 95% Confidence Interval. All analyses were performed using Stata Inter-Cooled Version 7.³⁹

RESULTS

Characteristic of the Study Population

Table 2 shows the profile of the study population representing families in Surakarta and Boyolali (Central Java, Indonesia) who had children attending kindergartens. Average age of fathers was 37 years, ranging from 26 to 58 years. Average age of children was 5.7 years, ranging from 3.1 to 7 years. About half of the fathers had completed secondary schooling, and one-third of them had attended the university. Average income was Rp1.270.000,00, and median income was Rp1.050.000,00. The first WTP question asked respondents whether they would be willing to buy a health insurance scheme. As much as 64 percent of fathers were willing to buy the schemes for children. Mean WTP for child's premium was Rp28.743,00 per month, with standard deviation of Rp29.271,00, and median WTP of Rp20.000,00. The large difference between the mean and median indicates heavily skewed distribution of WTP. Mean WTP accounts for 2.4 percent of monthly income. The initial bids were distributed at random to each respondent, i.e. each respondent had a 33 percent chance to receive one of the three initial bids. This means that the estimated WTP unbiased by the initial bids even if they influenced the amount of WTP.

Figure 3 shows that the distributions of WTP for child health insurance and income are heavily skewed to the right, indicative of the need for log transformation.^{36,37,38,39}

Table 2. Descriptive Statistics of The Study Population

Variable	Descriptive statistics			
Continuous or dichotomous variable:	N	Mean	SD	Median
Willingness to pay (WTP) for child (Rupiah)	262	28743	29271	20000
Father's income	409	1270000	1050000	1050000
Father's age (year)	409	37.71	5.91	
Child's age (year)	409	5.65	0.74	
Child's gender (0=male, 1=female)	409	0.53	0.50	
Child's illness history for the past 3 months (0=no, 1=yes)	409	0.59	0.49	
Categorical variable:	N	Percent		
Willingness to buy child health insurance				
- No	147	35.94		
- Yes	262	64.06		
Father's education				
- No/Primary school	56	13.69		
- Secondary school	206	50.37		
- University	147	35.94		
Residence				
- Urban	213	52.08		
- Rural	196	47.92		
Initial bids				
- Rp20.000,00	129	31.54		
- Rp30.000,00	142	34.72		
- Rp40.000,00	138	33.74		

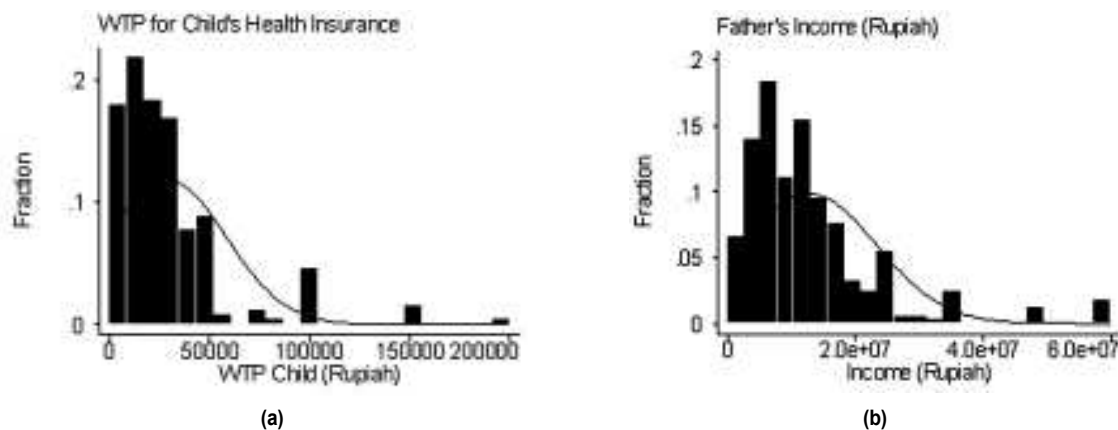


Figure 3. Histograms of (A) Father's Wtp For Child's Health Insurance (Mean=Rp28.743,00; Median=Rp20.000,00; SD=29,271; N=262); and (B) Father's Income (Mean=Rp1.270.000,00; Median=Rp1.050.000,00; Sd=1.050.000; N=409)

Bivariate Analysis

As Figure 4a shows, there is no clear gradient in the percentage of willing to buy child health insurance by education level ($\chi^2(2)=3.67$; $p=0.161$). Similarly, there is no obvious gradient in the percentage of willing to buy child health insurance by income quintile ($\chi^2(4)=6.64$; $p=0.158$) (Figure 4b). These crude analyses give preliminary evidence that education and income are not important predictors for the decision to buy child health insurance.

By contrast, the amount of WTP for child health insurance increases with education ($F=17.58$; $p=0.000$) (Figure 5a). Similarly, WTP for child health

insurance increases with income quintiles ($F=17.09$; $p=0.000$) (Figure 5b). The highly significant findings in the bivariate analysis project significant findings in the multivariate analysis.

Table details WTP for child health insurance by income quintile, education level, and residence. WTP increases with income and education. Families living in rural area are less willing to pay for health insurance than peers in urban area. This information can be used to estimate the premiums that can be charged to the participants of a health insurance scheme according to income, education, and residence groups.

Table 3 Descriptive Statistics of Wtp for Child Health Insurance, Stratified by Income Quintile, Father's Education, and Rural-Urban Residence

Variable	WTP for child's health insurance		
	N	Mean	SD
Income quintiles:			
- <Rp500.000,00	44	10455	9866
- Rp500.000,00 to <Rp840.000,00	49	22449	19745
- Rp840.000,00 to <Rp1.200.000,00	48	22110	19817
- Rp1.200.000,00 <Rp1.800.000,00	57	30338	23503
- Rp1.800.000,00 or more	64	49688	40697
Total	262	28742**	29271
Father's education:			
- No/Primary school	32	9063	8844
- Secondary school	141	25598	24663
- University	89	40801	35245
Total	262	28743**	29271
Residence:			
- Urban	127	42819	34565
- Rural	135	15500	13452
Total	262	28743**	29271

** significant at 1 percent level, by F test

Multivariate Analysis

Multivariate analysis confirms whether the associations between variables shown in bivariate analysis remain after adjustment for potential confounding factors. The logistic regression model (results are not presented) found that none of the independent variables, including income, education, illness history, child's age, child's gender, and residence was statistically significant predictor for the decision to buy health insurance. The very low McFadden R^2 (results are not shown) indicates that the decision to buy or not buy health insurance scheme is not influenced by variables included in the model but, perhaps some exogenous random factors, such as taste and belief. Provided respondent was willing to buy, the next step was to regress WTP for child's health insurance on

income, education, child's age, child's sex, illness history, urban-rural residence, and initial bid.

Regression Diagnostics

Kernel density estimate shows approximately normal distribution of the residuals (Figure 6a). Indicator of skewness and the joint skewness-kurtosis test confirm normality (Table 4) The pattern of the residual variance gets thinner toward the left end (Figure 6b), but the Cook-Weisberg test cannot reject homoskedasticity (Table 4).

Ramsey's test for specification error cannot reject the null hypothesis of no omitted variables (Table 4). The link test shows a significant predictor $\hat{\mu}$ and insignificant predictor $\hat{\mu}^2$ at 5 percent level. Thus, the model is correctly specified. A VIF of 1.73 indicates no multi-collinearity. Finally, the adjusted R-square indicates that more than half of the variation in WTP is explained by the predictors included in the model.

Regression Results

Table 5 shows an income elasticity of 0.53, meaning that a 10 percent increase in income would lead to 5 percent rise in WTP for child's health insurance, and it is statistically significant. Thus, income is an important determinant for WTP. A move from no schooling/primary school to secondary gives rise in WTP to as much as 18 percent, and it is statistically significant. Thus, education is a significant predictor for WTP, although of less importance than income. Age has an elasticity of -0.38 for WTP, but it is not statistically significant. Similarly, there is no indication of gender bias in WTP. Illness history for the past 3 months only increases 10 percent of WTP, but is significant at 10 percent level. Rural residence has 37 percent lower WTP than urban residence, and it is statistically significant. Initial bids significantly determine WTP.

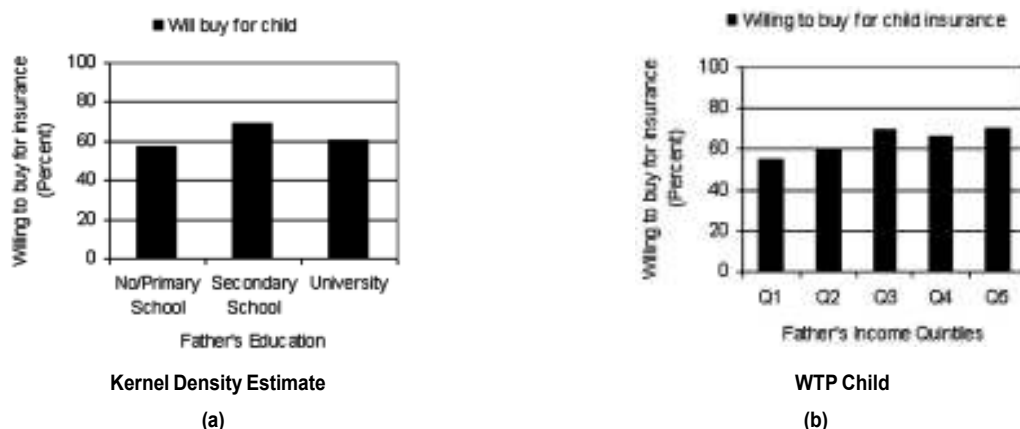


Figure 4. Ols Regression Diagnostics, WTP for Child: (A) Non-Normality; (B) Heteroskedasticity

Table 4. Regression Diagnostics for Ols Regression on WTP for Child

Method or test	Problem to address	Statistic or graph	P-value
Kernel density estimate	Non-normality	Graph	-
Skewness	Non-normality	-0.211	-
Skewness-kurtosis test	Non-normality	-	0.230
Cook-Weisberg	Heteroskedasticity	chi2(1)=0.08	0.781
Rvf plot	Heteroskedasticity	Graph	
Ramsey RESET	Specification error	F(3,249)=1.22	0.303
Link test	Specification error	_hat	0.014
		_hatsq	0.191
VIF	Multicollinearity	Mean VIF=1.73	-
Adjusted R-square	Goodness-of-fit	56.79 percent	0.000

Table 5. Ols Regression Results on WTP for Child's Health Insurance

Variable	Marginal Effect	P value	95% Confidence Interval
Income (Rupiah)	0.527	0.000	0.404 to 0.649
Education			
- No/primary school	0		
- Secondary school	0.180	0.019	0.029 to 0.331
- University	0.147	0.010	0.035 to 0.260
Child's age (year)	-0.384	0.250	-1.039 to 0.271
Child's sex			
- Male	0		
- Female	0.030	0.483	-0.054 to 0.113
Illness history for the past 3 months			
- Never	0		
- Once or more	0.097	0.095	-0.017 to 0.210
Residence			
- Urban	0		
- Rural	-0.372	0.000	-0.469 to -0.275
Initial bids			
- Rp20.000,00	0		
- Rp30.000,00	0.130	0.000	0.062 to 0.198
- Rp40.000,00	0.136	0.000	0.064 to 0.209

1. Marginal effect is the percentage change of dummy variable from 0 to 1

2. Elasticity for continuous variable is the percentage change in Y for 1 percent change in X, computed at the mean values of Y and X

Discussion and Policy Implications

Setting prices is a key decision for any program that provides goods or services. Social programs such as health insurance need to balance program coverage, which allows services available to low-income families, and program revenue, which permits sustainability. Raising prices too high will deny health insurance schemes to poor families. On the other hand, maintaining needless low prices will either perpetuate reliance on external donors or place sustainability at risk. Until recently, health insurance managers in Indonesia have been forced to make pricing decisions without a reliable methodology for predicting the effect of price changes on program use and revenue. The present study has applied a simple survey technique to

estimate consumer's WTP for health insurance schemes, allowing managers to make rational pricing decisions.

Willingness to Buy Health Insurance

About 36 percent of the respondents were not willing to buy the proposed health insurance scheme. The results of bivariate analysis and logistic regression have shown that variables such as income, education, illness history, age, gender, and residence are not good predictors for respondent's willingness to buy health insurance. There must be important determinants unobservable in the current research, among which a religious belief that holds insurance is a kind of gambling is probably one. In addition, according to

Gertler and Gruber⁴⁰, in order to seek financial security against unpredictability of poor health, most Indonesian families insure themselves informally via savings, credit markets, or borrowing from family or friends. These methods, however, are inadequate protection from financial loss due to severe illness. The socio-economic determinants for willingness to buy health insurance deserve further research.

About two out of three families are willing to purchase the scheme after they are informed about the scheme. This rate is relatively low, reflecting the obstacle of introducing health insurance in Indonesia. As a comparison, a study in Tanzania reported 79 percent respondents in favour of joining a local insurance system and paying a certain amount of money per year, after which all services from the hospital would be free for that year.⁴¹ As much as 98.7 percent of the respondents agreed to participate in the scheme in Ghana and up to 63.6 percent of the respondents were willing to pay a premium of \$3.03 a month for a household of five persons.²⁴ Eighty-six percent of the respondents in Ethiopia were willing to participate in indigenous social insurance scheme related to bereavement and funeral activities (locally termed as *eders*).⁴² The highest proportion occurred in Jordan, where 98 percent of the respondents indicated their willingness to purchase health insurance from the public or private sectors.³⁶

WTP Estimates

Given father's willing to buy, the average WTP is Rp28.743,00 per month for child's health insurance premium. This amount of WTP accounts for 2.4 percent of monthly income. Median WTP was Rp20.000,00 per capita per month. As noted earlier, the scheme presented to the respondents cover comprehensive health insurance benefits, including outpatient care, consultation to specialist, inpatient care, and surgery. Price of the product is an element that makes up the gross value people enjoy of the product, i.e. his maximum WTP. These results translate into fathers purchasing health insurance scheme only when its price (i.e. premium) is equal or lower than their WTP. Obviously, if the WTP is higher than the premium, the health insurance scheme can be operated smoothly. But if the WTP is lower than the premium, the scheme cannot be operated smoothly and subsidies are required, otherwise sustainability would be at risk.

Income and Health Insurance

The results of multivariate analysis have shown that child health insurance is a normal and necessary good with income elasticity of 0.53 (95%

CI 0.40 to 0.65). That is to say, with 95 percent level of confidence, a 10 percent increase in father's income would lead to 4 to 7 percent rises in WTP. WTP increases gradually with income quintiles. Families in lower income quintile are less willing to pay amount of money for health insurance than those in higher income quintile at proportionate degree. Marked positive effect of income on WTP for health insurance has also been reported in others such as those in Ghana²⁴, India²⁵, and recently in Denmark.²⁷

The results presented here have shown that families who fall in the lowest income quintile are willing to pay as low as Rp10.489,00 per month per head for health insurance. Considering the low WTP on the one hand and the very likely high costs of providing medical care services, these findings imply that the government should bear some of the costs of medical services provided to the poor. The central and local governments need to subsidise part of the premiums for the poor citizens. Otherwise the sustainability of the universal and comprehensive health insurance scheme will be at risk.

Economists have long argued that introducing subsidies to health care services may lead to ex-post moral hazard, reducing an individual's marginal costs of medical care inputs and leading to use of additional medical services that patient values less than the marginal cost of producing them.⁴³ However, as Jowett, et al.⁴⁴ have argued, evidence of moral hazard or hidden action is not always bad, especially among individuals at lower income levels in low-income countries, which typically have relatively high health needs, but very low levels of service usage. For example, in Vietnam poorer insured individuals tend to use inpatient facilities and public providers to a far greater extent than poorer uninsured individuals do.⁴⁴ For the case of Indonesia, selective benefits of health insurance are worth-considering. The scheme may better include inpatient care but exclude routine outpatient care. The reason for so doing is to protect the insured from catastrophic financial risk while restricting unnecessary provision of outpatient care. According to Pradhan and Prescott⁴⁵, in Indonesia exposure to catastrophic shocks can substantially be reduced if a larger proportion of government subsidies are directed to inpatient care.

Education and Health Insurance

The next significant predictor for WTP is education. Increase in years of schooling tends to increase WTP for higher premiums. This finding supports Grossman's model of the demand for health capital.^{15,21} According to this theory,

education is a factor that improves the efficiency with which one can produce investments to health. The more educated have greater exposure to health information, and therefore recognise more the advantages of making regular small insurance payments to avoid large and sudden medically-related financial catastrophes. In turn, the more educated health insurance will be willing to pay more for health insurance. Many other studies have also confirmed the positive effect of education on WTP for health insurance, such as those conducted in Ghana,²⁴ Denmark²⁷, recently in Burkina Faso²⁸ and Taiwan.³⁶

Illness History and Health Insurance

The hypothesis that WTP increases with illness history is supported. Respondents who reported child illness episodes during the past 3 months stated higher WTP for health insurance. In Grossman^{15,16}, health depreciates due to illness. In order to preserve a positive net investment in child health, a parent needs to make larger gross investment in child health. He or she may demand more health care and health insurance for the child. The more frequent a parent registers a child illness, the larger amount of money he or she is willing to pay for child health insurance. This finding is consistent with others. A study in rural India²⁵ found that people who were sick had a 172 percent higher WTP for the proposed health insurance scheme as compared to people registering no illness at that time.

Residence and Health Insurance

Residence is a strong predictor for WTP. Rural families are willing to pay significantly less than are urban families (marginal effect-0.379, 95%CI-0.471 to-0.287). A WTP study for private health insurance in Denmark found similar result in that individuals living in Copenhagen were willing to pay more than those living in other parts of Denmark.²⁷ In Taiwan, households located in either cities or towns are more likely to purchase private health insurance than village households.³⁶ There is no wonder with the results, since compared to cities and towns, by and large rural areas have less access for information about the importance of insurance to protect against financial loss. But the gap in WTP between rural and urban areas may also be explained by distant healthy facility commonly associated with rural areas. As Dong, et al.²⁸ has found it, the estimated WTP for community-based insurance in Burkina Faso was inversely related to distance to health facility.

The policy implication of this finding is that the government should work out a health insurance

scheme in rural communities, especially ways of determining the direct costs of health insurance scheme that communities will bear and selecting the appropriate local financing mechanisms. Local governments in rural areas need to contribute more of their local budget to subsidise the premiums for their communities. This suggestion is in line with the Decentralization Law enacted in Indonesia since 1999. Under this law, district and municipality governments have the authority to use their local resources for the welfare of the local communities.

Limitations of the Study

Shortcomings of the present study must be noted to place the results in context. Firstly, this study garnered information from restricted population, i.e. families who had children aged 7 years or less attending kindergarten schools. It does not include a small proportion of children who did not go to school. This limitation, however, by no means cancels out the internal validity of the results to the restricted target population. Secondly, the majority of the respondents were not familiar with the concept of health insurance prior the survey. Given 14 percent of the respondents had no schooling or primary school, comprehensive description of the health insurance scheme could have been cognitively demanding. Some respondents might have not fully understood the hypothetical good to be valued. As a result, when providing information about their maximum WTP, it is possible that some respondents did not consider all the factors that are important to them in the provision of health insurance scheme.

In the current research, efforts have been made to obtain unbiased estimates of WTP. Firstly, in order to preserve reliability, this study follows recommendation made by the NOAA²⁹ to elicit WTP by face-to-face interview. Face-to-face interviews allows the presentation of a considerable amount of information in a controlled sequence, while maintaining respondent interest and attention, as well as encouraging the respondent to carefully consider their responses and take the matter as of importance.¹² Secondly, the value of bids were chosen considering the concurrent premiums of health insurance scheme existing in the market, in order to present the hypothetical good as closely as possible to reality, thereby resulting in realistic estimates of WTP. Thirdly, as others have suggested^{11,22,36}, the initial bids were allocated at random across respondents so as to eliminate the potential starting point bias. Fourthly, a maximum of triple-bounded binary-choice format was administered in order to reduce complexity of the iterative bidding questions posed to the

respondents. Fifthly, the adjusted R^2 of 0.58 obtained from the OLS regression model is fairly high. Sixthly, compared with the average number of 304 respondents surveyed in published WTP studies and a median of 102¹², this study with a sample size of 409 respondents is large enough to yield precise estimates of WTP, and to detect the effect of any explanatory variable on WTP if it does exist. Seventh, despite the difficulties in explaining the unfamiliar concept of health insurance, the majority of respondents were both willing and able to complete the required complex task. In that sense, the bidding game seems to be a suitable method to elicit WTP in a developing country such as Indonesia, where people are used to bargain for a good or service. Lastly, the strong positive correlation between income and WTP confirms the construct validity of the estimated WTP in that WTP for a good or service must converge with ability to pay for that good or service.^{22,46,47}

CONCLUSIONS

This study is the first to investigate WTP for health insurance scheme in Indonesia using a robust method, bidding game technique. The results can be used for modelling of demand, design and pricing of a health insurance scheme. In particular, this study provides health planners with information useful for estimating the level of subsidies required to fill the gap between the maximum possible premium to be charged to social health insurance participants and the costs of providing health care services, so as to maintain the scheme's financial sustainability. Income, education, and rural-urban residence do not affect the decision to buy a health insurance scheme, but they are important determinants for the amount of WTP for child health insurance. An understanding of the determinants for WTP is useful for selecting the appropriate strategies for expanding the coverage of health insurance. Factors determining the decision to purchase child health insurance deserve further research.

Acknowledgements

The study was partially funded by PT Askes, Indonesia. The author would like to thank Dr. Gede Subawa and Dr. Veronica Margo S at PT Askes for securing such funding. This paper is excerpted from the author's doctoral studies on the production of health at the University of Newcastle, Australia. The University of Newcastle has granted the University of Newcastle Research Scholarship (UNRS) and the Overseas Postgraduate Research Scholarship (OPRS) to the author. Conflict of interest: None.

REFERENCE

1. Hatasa, N. Health and economic development: a cross-national empirical analysis. *Journal of National Institute of Public Health*. 2001;50(3):168-80.
2. Maitra, P. Parental bargaining, health inputs and child mortality in India. *Journal of Health Economics*. (in press). 2003.
3. Tabrany, H., Pujiyanto. Asuransi kesehatan dan akses pelayanan kesehatan. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 2000;50(6): 282-89.
4. Thabrany, H. Managed care in Indonesia. *The Electronic Journal of the Indonesian Medical Association*. 2000;2(1):1-12.
5. Thabrany, H. Private health sector in Indonesia: Opportunities and progress. *The Electronic Journal of the Indonesian Medical Association*. 2001;2(5):1-13.
6. Ensor, T. Developing health insurance in transitional Asia. *Social Science and Medicine*. 1999;48:871-79.
7. Bala MV, Mauskopf JA, Wood LL. Willingness to pay as a measure of health benefits. *Pharmacoeconomics*. 1999;15(1):9-18.
8. Birch, S., Donaldson, C. Valuing the benefits and costs of health care programmes: where's the 'extra' in extra-welfarism? *Social Science and Medicine*. (in press). 2000.
9. Donaldson, C. Eliciting patient's values by use of 'willingness to pay': letting the theory drive the method. *Health Expectation*. 2001;4:180-88.
10. Phillips, K.A., Homan, R., Luft, H. et al. Costs and financing of public goods: the case of poison control centers. *Abstr Book Assoc Health Serv. Res*. 1997;14:136-37.
11. Ryan, M., Ratcliffe, J., Tucker, J. Using willingness to pay to value alternative models of antenatal care. *Social Science Medicine*. 1997;44(3):371-80.
12. Olsen, J.A., Smith, R.D. Theory versus practice: A review of willingness to pay in health and health care. *Health Economics*. 2001;10:39-52.
13. Bhatia, M.R., Fox-Rushby, J.A. Willingness to pay for treated mosquito nets in Surat, India: the design and descriptive analysis of a household survey. *Health Policy and Planning*. 2002;17(4):402-11.
14. Bennet, J. On values and their estimation. *International Journal of Social Economics*. 2000;27(7,8,9,10):980-93.
15. Grossman, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*. 1972a;80: 223-55.

16. Grossman, M. The demand for health: a theoretical and empirical investigation. New York: Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research. 1972b.
17. Jacobson, L. The family as producer of health – an extended Grossman model. *Journal of Health Economics*.2000;19: 611-37.
18. Bolin, K., Lindgren, B., Lindstrom, M., Nystedt, P. Investments in social capital – implications of social interactions for the production of health. *Social Science and Medicine* (in press).2003.
19. Johannesson, M. A note on the relationship between ex ante and expected willingness to pay for health care. *Social Science and Medicine*.1996;42(3):305-11.
20. Chiu, W.H. Health insurance and the welfare of health care consumers. *Journal of Public Economics*. 1997;64:125-33.
21. Grossman, M. The human capital model of the demand for health. Working paper 7078. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/papers/w7078>. 1999.
22. Diener, A, O'Brien, B. Gafni, A. Health care contingent valuation studies: A review and classification of the literature. *Health Economics*.1998;7:313-26.
23. Onwujekwe, O. Searching for a better willingness to pay elicitation method in rural Nigeria: The binary question with follow-up method versus the bidding game technique. *Health Economics*.2001;10:147-58.
24. Asenso-Okyere WK, Osei-Akoto I, Anum A, Appiah EN. Willingness to pay for health insurance in a developing economy. A pilot study of the informal sector of Ghana using contingent valuation. *Health Policy*. 1997;42:223-37.
25. Mathiyazhagan, K. Willingness to pay for rural health insurance through community participation in India. *International Journal of Health Planning and Management*. 1998;13:47-67.
26. Banks DA, Muna NS, Shahrouri TA. Consumers' willingness to pay for MOH-sponsored voluntary health insurance in Jordan: A focus group analysis. Technical Report No. 41. Partnerships for Health Reform. Abt Associates Inc, Bethesda, MD.1999.
27. Glydmark, M., Morrison, G.C. Demand for health care in Denmark: results of a national survey using contingent valuation. *Soc Sci Med*.2001;53:1023-36.
28. Dong, H., Kouyate, B., Snow, R., Mugisha, F., Sauerborn, R., Gender's effect on willingness to pay for community-based insurance in Burkina Faso. *Health Policy*, (in press).2002.
29. National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA). Report of the NOAA panel on contingent valuation. *Federal Register*. 1993;58(10): 4601-14.
30. Zarkin, G.A., Cates, S.C., Bala, M.V. Estimating the willingness to pay for drug abuse treatment. A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*.2000;18:149-59.
31. Russell, S., Fox-Rushby, J., Arhin, D. Willingness and Ability to Pay for Health Care; Selection Methods and Issues, *Health Policy and Planning*. 1995;10:94-101.
32. Mitchell, R.C., Carson, R.T. Using survey to value public goods: The contingent valuation method. *Resources for the future*: Washington, DC. 1989.
33. Klose, T. The contingent valuation method in health care. *Health Policy*. 1999;47: 97-123
34. Frew, E.J., Wolstenholme, J.L., Whynes, D.K. Comparing willingness to pay: bidding game format versus open-ended and payment scale formats. *Health Policy* (in press).2003.
35. Liu, J.T., Hammitt, J.K., Wang, J.D., Liu, J.L. Mother's willingness to pay for her own and her child's health: A contingent valuation study in Taiwan. *Health Economics*. 2000;9:319-26.
36. Liu, T.C., Chen, C.S. An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Social Science and Medicine*. 2002;55: 755-74.
37. Manning, W.G. The logged dependent variable, heteroscedasticity, and the retransformation problem. *Journal of Health Economics*. 1999;17: 283-95.
38. Filmer, D., Pritchett, L. The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*. 1999;49:1309-23.
39. StataCorp., Stata statistical software, release 7. College Station, TX: Stata Corporation. 2001
- Gupta, S., Verhoeven, M., Tiengson, E.R. Public spending on health care and the poor. *Health Economics*. 2003;12: 685-96.
40. Gertler and Gruber. Insuring consumption against illness. *American Economic Review*.2002.
41. Walraven, G. Willingness to pay for district hospital services in rural Tanzania. *Health Policy and Planning*. 1996;11(4):428-37.
42. Mariam, D.H. Indigenous social insurance as an alternative financing mechanism for health care in Ethiopia (the case of *eders*). *Soc Sci Med* (in press). 2003.

43. Leibowitz, A.A. The demand for health and health concerns after 30 years. *Journal of Health Economics*. (in press).2004.
44. Jowett, M., Deolalikar, A., Martinsson, P. Health insurance and treatment seeking behaviour: Evidence from a low-income country. *Health Economics* (in press).2004.
45. Pradhan, M., Prescott, N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*. 2002;11:431-46.
46. Cummings, R.G., Brookshire, D.S., Schulze, W.D. *Valuing environmental goods: a state of the arts assessment of the contingent valuation method*. New Jersey: Rowman and Alanheld.1986.
47. Taylor, S.J., Armour, C.L. Acceptability of willingness to pay techniques to consumers. *Health Expectations*. 2002;5:341-56.

IMPLEMENTASI INDIKATOR KINERJA PROPENAS DI PROVINSI

IMPLEMENTATION OF PROPENAS PERFORMANCE INDICATORS IN THE PROVINCES

Purnawan Junadi

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

ABSTRACT

Background: Performance indicators are used to assess the program achievement. The government used national development program (propenas) indicators to evaluate the outcome of health program every 5 years. Before decentralization, the collection of data never became a problem. After decentralization, regional do not have the responsibility to report to the central any more. As a result department of health finds itself difficulty to collect data needed for benchmark. In contrast, as its role moves toward guidance and control, the need to have performance indicators is bigger. Therefore, it is crucial to assess how in reality collection of propenas indicators in the province.

Objective: To assess how far the provinces achieved the target as specified by Propenas Indicators, and which province collected most of the indicators, which can be used to decide what kind of incentives needed in the future. In addition we would like to know which indicators were collected most, and which were difficult. This information is important for simplifying indicators, reduce data collection burden, which in return more likely to be collected

Methods: This was a post test study, conducted in 15 provinces selected based on its rank in term of health manpower indicator and geographical location. We collected available data on Propenas indicators in samples provinces. In addition we asked difficulties to collect each indicators and what their suggestion.

Conclusion: Out of 15 provinces, only Jambi, Kalimantan Selatan and Bangka-Belitung who relatively had complete Propenas Indicators. Only 8 provinces had health profiles, and only 2 of them complete. Out of 61 performance indicators specified in Propenas, only 16 of them are easily to collect.

We suggest that central government should takes this issue more seriously by providing special funds for data collection for health performance indicators, and giving province benchmarking and socio economic determinant analysis to produce useful information for province decision making. In addition, central government should refine performance indicators by simplifying data that proven difficult to be collected in the field, and takes roles of further validity, reliability and feasibility analysis

Keywords: decentralization, performance indicators, propenas

LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan mempunyai visi mewujudkan "Indonesia Sehat Tahun 2010", yaitu suatu gambaran masyarakat yang mempunyai perilaku sehat, lingkungan sehat, dapat menjangkau pelayanan yang bermutu sehingga mempunyai status kondisi kesehatan yang optimal.¹ Visi pembangunan kesehatan masyarakat dioperasionalkan dalam perencanaan melalui Rencana Pembangunan Tahunan atau Reperta (jangka pendek) dan Program Pembangunan Nasional atau Propenas Bidang

Kesehatan (jangka 5 tahun).² Untuk mengetahui seberapa jauh visi tercapai, maka dikembangkan indikator keberhasilan peningkatan pencapaian visi tersebut, meskipun sudah tentu perubahan yang terjadi bukan kontribusi pembangunan kesehatan saja, melainkan juga peran dari pembangunan sektor lain termasuk dalam pembangunan nasional.

Untuk mengetahui tercapainya tujuan pembangunan, digunakan indikator kinerja yang sesuai dengan jangka waktunya. Indikator tersebut

dibagi atas indikator *outcome* yang diukur dalam waktu 5 tahun sekali (indikator propenas) dan indikator *output* yang diukur setiap tahun (indikator repeta).

Sebelum desentralisasi, pengumpulan indikator kurang menjadi masalah. Indikator dikumpulkan pada pusat kegiatan, kemudian secara berjenjang sampai ke pusat. Dengan demikian, Departemen Kesehatan (Depkes) mengetahui perkembangan kegiatan maupun status kesehatan pada tingkat kabupaten maupun provinsi. Setelah desentralisasi, maka peran Depkes berubah menjadi pembinaan, dan hampir seluruh kegiatan kesehatan menjadi wewenang tingkat kabupaten. Pengumpulan indikator ke pusat kini menjadi masalah karena daerah tidak berkewajiban lagi untuk mengirim laporan ke pusat. Praktis sejak desentralisasi digulirkan, Depkes tidak mendapat lagi pengumpulan informasi kesehatan dari wilayah. Makalah ini ditulis untuk membahas dua hal berikut.

Bagaimana kinerja provinsi seperti tertera pada indikator Propenas, provinsi mana saja yang relatif lengkap mengumpulkan indikator tersebut. Informasi ini akan berguna untuk memilih daerah yang perlu mendapat prioritas pembinaan dari Depkes.

Indikator apa yang paling sering dijumpai, dan indikator apa yang paling sulit dikumpulkan. Informasi ini berguna untuk penyederhanaan indikator di masa yang akan datang dengan mengingat kesulitan pengumpulannya. Dengan adanya indikator yang lebih sederhana, akan lebih banyak daerah yang mengumpulkannya untuk kebutuhan wilayah maupun meneruskan ke pusat dalam rangka evaluasi.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Pembahasan dalam makalah ini adalah bagian dari sebuah penelitian yang besar pada tahun 2004 yaitu Pengkajian Hasil Repeta 2002 dan Penyusunan Draft Propenas Tahun 2004, yang meliputi kajian indikator Repeta maupun Propenas pada tingkat Provinsi dan Kabupaten. Di dalam penelitian tersebut, penulis duduk sebagai konsultan utama.³ Penelitian tersebut bersifat operasional. Disainnya bersifat *post test study* karena dilakukan setelah program berjalan dan indikator dikembangkan.

a. Populasi dan Sampel

Studi ini dilakukan pada 15 provinsi. Pemilihan provinsi dilakukan atas dasar rasio dokter per 100.000 penduduk berdasarkan profil tahun 2001⁴ sebagai proksi indikator tenaga kesehatan dan atas dasar lokasi, agar sampel tersebar dari Sabang sampai Merauke. Beberapa provinsi tidak dipilih

atas dasar keamanan seperti DI Aceh, Maluku, dan Irian Jaya. Dari 4 provinsi yang relatif baru, dipilih Bangka Belitung dan Banten. Jadi sampel provinsi ini yaitu: Kalimantan Barat, NTT, Kalimantan Selatan, Jawa Barat, Sumatera Selatan, Jawa Tengah, Sumatera Barat, Jambi, Sulawesi Selatan, Sumatera Utara, Sulawesi Utara, DKI Jakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), Bangka Belitung, Banten.

b. Responden

Beberapa informan pada tingkat provinsi dan kabupaten digunakan untuk penelitian ini. Tetapi khusus untuk indikator Propenas di provinsi yang dipilih sebagai informan yaitu Kepala Subbagian Penyusunan Program Provinsi dan 1-2 orang stafnya yang bisa memberi masukan perbaikan indikator program kesehatan untuk masa yang datang, serta Kepala Seksi SIK Provinsi yang bertanggung jawab atas pengumpulan indikator propenas untuk mendapatkan data dan masukan tentang kualitas data yang dikumpulkan.

c. Jenis Data dan Pengumpulannya

Sesuai dengan tujuan studi maka informasi yang dikumpulkan yaitu tentang indikator kinerja seperti yang tertera pada Propenas bidang kesehatan (selanjutnya disebut indikator Propenas), sesuai dengan yang ditetapkan bersama oleh Bappenas dan Depkes. Daftar indikator ini dapat dilihat pada Lampiran 1.

Data yang dikumpulkan terdiri atas data primer dan sekunder. Data sekunder yaitu data pencapaian dari indikator Propenas yang sudah dikumpulkan oleh daerah sampel, digali melalui penelusuran di bagian pengelola data, penanggung jawab program di unit terkait atau pada profil kesehatan.

Data primer yang dikumpulkan adalah data tentang bagaimana indikator tersebut dikumpulkan, kesulitan pelaksanaan, dan saran perbaikan. Selain itu dikumpulkan juga masukan untuk pengembangan indikator atau program di masa depan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara atau diskusi kelompok sesuai dengan situasi yang ada.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

a. Pencapaian Propenas Tahun 2002 di 15 Provinsi

Pencapaian indikator propenas di 15 provinsi yang menjadi sampel dalam kajian ini rata-rata belum mencapai target yang telah ditetapkan. Pada program kesehatan lingkungan, pencapaian rata-rata tertinggi untuk indikator rumah sehat adalah provinsi DIY (86,57%), kemudian Jambi (66,7%) dan Sumatera Barat (58,8%), sedangkan terendah

di Provinsi Bangka Belitung (31,28%). Rata-rata pencapaian keluarga dengan air bersih di 15 provinsi sampel adalah 61,81%, dengan pencapaian tertinggi di Sumatera Barat (74,5%), Jawa Tengah (72,07%) dan DIY (68,92%). Sementara pencapaian terendah yaitu provinsi Banten (40,93%). Rata-rata pencapaian untuk indikator posyandu baik purnama dan mandiri di 15 provinsi sampel masih sangat rendah, yaitu 21,24%. Pencapaian tertinggi di Provinsi Banten (56,17%), Jawa Tengah (29,93%), dan DKI Jakarta (28%).

Ketersediaan data indikator upaya kesehatan pada tahun 2002 di tingkat provinsi bahkan sangat rendah, sehingga banyak provinsi tidak dapat mengukur keberhasilan program yang berjalan. Indikator yang tidak tersedia di provinsi misalnya pengobatan tradisional, prevalensi HIV/AIDS, penanganan komplikasi obstetri, gangguan mata, dan peyuluhan oleh rumah sakit.

Pencapaian UCI tingkat desa pada provinsi sampel rata-rata 77,35%, dengan pencapaian tertinggi di Provinsi Sulawesi Selatan (102,7%), Sulawesi Utara (101,1%) dan Banten (94,53%), sedangkan pencapaian terendah di Provinsi Kalimantan Selatan, (61,06%), Bangka Belitung (68,4%), dan Sumatera Barat (68,8%). Penyediaan data indikator persalinan tenaga kesehatan di tingkat provinsi sudah cukup baik dengan pencapaian rata-rata 71,5%. Pencapaian tertinggi untuk indikator tersebut di Provinsi Sulawesi Selatan (85,77%), Kalimantan Selatan (78,77%), dan Sulawesi Utara (77,0%). Provinsi dengan pencapaian terendah untuk indikator pelayanan tenaga kesehatan adalah Jawa Tengah (49,77%), Sumatera Utara (61,0%), dan Kalimantan Barat (67,7%).

Sebagian pencapaian indikator dari program gizi pada tahun 2002 telah memenuhi target propenas. Misalnya masalah gizi kurang, TGR pada anak sekolah, serta gizi lebih. Namun ketersediaan data dari setiap indikator gizi di tingkat provinsi relatif sangat kurang. Indikator prevalensi gizi kurang yang ditetapkan secara nasional sebesar 20%, sedangkan pencapaian rata-rata provinsi sampel yang memiliki data indikator tersebut sebesar 16,3%. Prevalensi gizi kurang pada balita, terendah di Provinsi Jawa Tengah (1,51%), Kalimantan Selatan (2,86%) dan Sulawesi Selatan (5,89%). Adapun provinsi dengan prevalensi gizi kurang, tertinggi di Provinsi Jambi (32%), dan Sumatera Barat (23,1%).

Hampir sebagian besar provinsi sampel tidak dapat menyediakan data untuk indikator KVA pada balita dan ibu hamil. Demikian pula dengan kasus TGR, AGB ibu hamil, asi eksklusif, MPASI, dan keluarga sadar gizi, sehingga perbandingan dan

rata-rata di tingkat provinsi tidak dapat mewakili pencapaian indikator tersebut.

Ketersediaan data indikator program sumber daya kesehatan, kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan serta obat, makanan dan bahan berbahaya masih sangat rendah di tingkat provinsi. Selain sulit dikumpulkan, sebagian besar indikator tersebut tidak digunakan sebagai indikator kinerja bagi program terkait. Ketidaktersediaan data tersebut, mengakibatkan perbandingan pencapaian indikator menurut provinsi tidak dapat dilakukan. Dari indikator yang ditetapkan pada ketiga program tersebut, hanya Provinsi Bangka Belitung yang memiliki data relatif lengkap, sedangkan pada provinsi lainnya tidak tersedia.

b. Rangking Provinsi menurut Kelengkapan Indikator Propenas

Kelengkapan indikator propenas pada tingkat provinsi rata-rata masih sangat rendah yaitu baru mencapai 25,27%. Pencapaian tertinggi di Provinsi Jambi yaitu 70,15%, diikuti Provinsi Kalimantan Selatan (47,76%), dan Bangka Belitung (37,31%). Adapun kelengkapan indikator Propenas terendah di Provinsi DKI Jakarta (11,4%), Sumatera Selatan dan Jawa Barat masing-masing 0%. (Tabel 1)

Tabel 1. Ranking Provinsi Menurut Kelengkapan Indikator

Provinsi	Kelengkapan Indikator Propenas
Jambi	70.15
Kalimantan Selatan	47.76
Bangka Belitung	37.31
Kalimantan Barat	35.82
Jawa Tengah	32.84
Sulawesi Utara	29.85
Sumatera Barat	28.36
Banten	22.39
Sulawesi Selatan	22.39
DIY	17.91
Nusa Tenggara Timur	16.42
DKI Jakarta	11.94
Sumatera Utara	5.97
Sumatera Selatan	0.00
Jawa Barat	0.00

1. Rangking Indikator Propenas Menurut Feasibilitas Pengumpulannya

a. Program Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat Dan Pemberdayaan Masyarakat

Feasibilitas indikator rumah sehat, air bersih, jamban sehat, TTU dan posyandu sudah cukup baik (>50%), sedangkan untuk indikator lainnya masih rendah (<50%). Hampir sebagian besar provinsi (60%) menyatakan masih sulit untuk memperoleh data indikator PHBS

walaupun ketersediaan datanya cukup baik di provinsi. Hal ini disebabkan karena untuk pengumpulan data indikator tersebut tidak saja membutuhkan sumber daya yang memadai, seperti: dana, tenaga, dan waktu. Namun pedoman operasional atau standar yang tidak dimiliki daerah sering membingungkan dalam penentuan data bagi indikator yang dinilai abstrak tersebut.

b. Program Upaya Kesehatan

Penyediaan data indikator dari program upaya kesehatan dalam Propenas, tampaknya juga masih mengalami kesulitan untuk dipenuhi oleh sebagian besar provinsi. Selain masalah program yang belum berjalan maksimal, hampir sebagian besar provinsi kesulitan menghitung denominator dari indikator tersebut walaupun tersedia data absolut. Selain hal tersebut, seringkali data yang tersedia tidak sesuai dengan indikator yang dimaksud. Seperti angka kematian akibat pneumonia atau diare. Umumnya hanya berupa temuan kasus. Demikian pula dengan angka kesembuhan TB paru, sering tidak dilaporkan, kecuali temuan kasus penyakit berdasarkan diagnosis klinis dan laboratorium. Angka prevalensi kasus tertentu seperti HIV/AIDS tidak menggambarkan masalah kasus tersebut pada masyarakat secara keseluruhan, karena hanya dihitung dari kelompok berisiko tinggi saja.

Feasibilitas indikator program upaya kesehatan pada tingkat provinsi rata-rata masih rendah (<50%), kecuali persalinan tenaga kesehatan. Beberapa indikator tertentu, seperti pengobatan tradisional dan gangguan mata, mempunyai feasibilitas yang rendah, sehingga data tidak dapat tersedia pada tahun 2002.

c. Program Gizi Masyarakat

Ketersediaan data dari indikator gizi relatif sudah cukup baik dibandingkan program lainnya. Hal ini disebabkan karena masalah gizi di daerah memiliki kesinambungan program yang didanai dalam bentuk proyek, sehingga *monitoring* dan supervisi dari provinsi dapat optimal. Pelaporan program yang cukup rutin juga dirasakan oleh provinsi, sehingga hampir tiap tahunnya dapat digunakan sebagai usulan perencanaan program berdasarkan data yang valid.

Indikator dalam program gizi yang dianggap sulit dalam ketersediaan data adalah masalah KVA, karena untuk memperoleh data tersebut dibutuhkan alat diagnosis dan tenaga yang memadai. Demikian juga dengan indikator keluarga sadar gizi dan masalah gizi seimbang, hampir sebagian besar provinsi sampel tidak memiliki data dari indikator tersebut pada tahun 2002.

Kemudahan dalam pengumpulan data indikator dari program gizi, rata-rata sudah relatif baik dibandingkan program lainnya. Hal ini disebabkan karena masalah gizi di daerah memiliki kesinambungan program yang didanai dalam bentuk proyek, sehingga dapat di *monitoring* dan dilaporkan secara rutin. Namun, dalam ketersediaan data di tingkat provinsi maupun kabupaten masih sangat rendah.

Indikator dalam program gizi dengan feasibilitas cukup baik (>50%) yaitu gizi kurang dan distribusi zat besi pada ibu hamil. Adapun indikator dengan ketersediaan data paling sulit baik pada tingkat provinsi maupun kabupaten/kota adalah masalah KVA, kasus TGR, dan MPASI. Pengumpulan data dari indikator tersebut selain tidak rutin setiap tahunnya, juga dibutuhkan sumber daya yang harus memadai. Seperti alat diagnosis dan tenaga ahli.

d. Program Sumber Daya Kesehatan

Ketersediaan untuk indikator program sumber daya kesehatan masih sangat rendah. Demikian pula dengan kegiatan pengumpulan data untuk indikator tersebut, dinilai sulit oleh sebagian besar provinsi. Meskipun demikian, dari berbagai indikator tersebut dalam pengumpulan data tentang sarana dan tenaga kesehatan dinilai mudah, karena masih rutin dilaporkan oleh Puskesmas setiap tahunnya.

e. Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Hampir separuh provinsi sampel tidak memiliki data indikator kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan. Selain tidak digunakan sebagai indikator di provinsi, hasil penelitian, peraturan, dan kebijakan tentang kesehatan umumnya tidak terdokumentasi dengan baik.

Sebagian besar provinsi (>80%) memberikan persepsi bahwa pengumpulan data untuk indikator tersebut rata-rata sulit.

f. Program Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya

Seperti halnya indikator sumber daya kesehatan, penyediaan data untuk indikator obat, makanan dan bahan berbahaya oleh sebagian besar responden dinilai sulit. Persentase provinsi yang memiliki data indikator program tersebut pada tahun 2002, baru mencapai 6,7% hingga 20%. Kendala dalam penyediaan data tersebut antara lain karena tidak ada format laporan untuk indikator yang dimaksud, tidak ada pelaporan secara rutin dari kabupaten dan kota, serta lemahnya koordinasi dengan pihak terkait (BPPOM dan kepolisian) mengenai penyediaan data.

2. Kondisi *Input* Sistem Informasi dan Ketersediaan Profil Kesehatan di Tingkat Provinsi

Input sistem informasi pada bagian pengelola data di tingkat provinsi dan kabupaten terdiri dari ketenagaan, anggaran, komputer, *modem*, printer, dan laporan dari kabupaten. Berdasarkan hasil pengamatan di lapangan dapat diketahui bahwa kondisi kemampuan sarana tersebut cukup bervariasi.

Hampir sebagian besar (73,33%) provinsi sampel telah memiliki staf dengan kemampuan teknis dalam mengoperasikan komputer dan analisis data. Demikian pula dengan sarana dan prasarana berupa komputer, *modem*, dan printer tampaknya bukan masalah bagi sebagian besar provinsi. Namun hampir lebih dari separuh provinsi (53,33%), menyatakan tidak mempunyai anggaran untuk kegiatan pengumpulan data, baik rutin maupun tidak rutin. Demikian pula dengan laporan dari kabupaten (berupa profil kesehatan) baru 20% provinsi yang menerima laporan tersebut untuk data tahun 2002.

Dari 15 provinsi sampel, baru 8 provinsi (53,33%) yang telah membuat dan memiliki profil kesehatan tahun 2002. Namun, dari segi kelengkapan data pada profil tersebut, hanya 2 provinsi saja yaitu Jambi dan Jawa Tengah seperti digambarkan pada Tabel 2.

Tabel 2. Ketersediaan dan Kelengkapan Profil Kesehatan di 15 Provinsi

No.	Provinsi	Profil Kesehatan	Kelengkapan Profil
1	Sumut	Tidak ada	
2	Sumbar	Tidak ada	
3	Babel	Tidak ada	
4	Jambi	Ada	Lengkap
5	Sumsel	Tidak ada	
6	DKI Jakarta	Ada	Tidak Lengkap
7	Jabar	Ada	Tidak Lengkap
8	Jawa Tengah	Ada	Lengkap
9	DIY	Tidak ada	
10	Kalbar	Tidak ada	
11	Kalsel	Tidak ada	
12	NTT	Ada	Tidak Lengkap
13	Sulsel	Ada	Tidak Lengkap
14	Sulut	Ada	Tidak Lengkap
15	Banten	Ada	Tidak Lengkap

Yang menarik dalam Tabel 2 adalah Provinsi Jawa Tengah yang bisa membuat profil kesehatan yang lengkap, meskipun tidak mempunyai indikator Propenas secara lengkap. Hal ini tentunya berkaitan dengan relevansi pengumpulannya. Profil kesehatan dilakukan karena memenuhi kebutuhan provinsi, sedang propenas adalah kebutuhan pusat. Dikaitkan dengan 6 provinsi lain yang mempunyai profil kesehatan provinsi, Depkes bisa melakukan pendekatan, maupun memberi insentif agar indikator Propenas bisa dikumpulkan lebih baik, sekaligus profil kesehatan provinsi bisa dibuat.

DISKUSI

Penggunaan indikator kinerja adalah hal yang telah umum dilakukan di setiap negara. Ketika pada tahun 1980 Amerika mengumumkan visi *Healthy People* 2000, mereka telah membuat 226 indikator yang akan diikuti perkembangannya dari tahun ke tahun.¹ Sekarang ini visi *Healthy People* 2010 memfokuskan pada 28 program areas, dan 467 indikator.² Canada menghabiskan biaya sebesar 300 juta dollar untuk mengembangkan *Health Information Roadmap Initiative*, yang dibangun untuk menjawab dua pertanyaan utama yaitu bagaimana sehatnya penduduk Kanada dan bagaimana baiknya kinerja pelayanan kesehatan.⁷ Dilihat dari kaca mata ini sebenarnya indikator Propenas bahkan lebih sederhana karena hanya terdiri atas 6 program areas, dan 61 indikator.³

Namun ada dua isu utama sehingga Propenas ini praktis tidak berjalan dengan baik. Isu pertama adalah aspek manajerial. Agar indikator kinerja berhasil, memerlukan kerja sama dan sumber daya dari semua tingkat manajemen.⁷ Ketika era sentralisasi, pengumpulan indikator dari lapangan

sampai ke pusat praktis tidak ada masalah. Sekarang dengan desentralisasi, alokasi biaya ditentukan oleh daerah, dan praktis pengumpulan informasi tidak menjadi prioritas.

Isu kedua adalah bagaimana indikator ini dibangun. Indikator yang baik harus jelas definisinya, *valid*, *feasible*, dan berguna untuk pengambil keputusan diberbagai tingkat pemerintahan.⁸ Aspek tersebut memerlukan keterlibatan banyak *stakeholder*. Indikator untuk *Healthy People 2010* misalnya dibangun melalui berbagai proses yang melibatkan berbagai pihak, baik pemerintah, LSM, maupun organisasi profesi yang prosesnya dicatat, sehingga bisa diikuti, dan merasa dimiliki oleh mereka yang terlibat. Hal yang sama juga dilakukan di Kanada.⁷ Dalam hal indikator propenas, proses bagaimana indikator kinerjanya dipilih, dan siapa saja yang terlibat tidak jelas, sehingga ketika diserahkan ke daerah, tidak dianggap penting untuk diteruskan.

Di masa depan, era propenas kelihatannya telah berakhir seiring dengan menguatnya desentralisasi yang memberikan wewenang penanganan bidang kesehatan kepada kabupaten, dan provinsi sesuai Undang-Undang No. 32/2004 yang baru.⁴ Namun dengan perannya yang baru sebagai pembinaan, maka justru kebutuhan Depkes akan indikator wilayah makin besar. Implikasi dari kajian implementasi indikator ini meminta Depkes berpikir ulang tentang bagaimana pengembangan sistem informasi di masa mendatang.

Departemen Kesehatan perlulah memberikan *reward* kepada daerah yang tetap mengirimkan informasi mengenai indikator kesehatan di wilayahnya. *Reward* ini tidak hanya dalam bentuk insentif material, tetapi hendaknya bermanfaat untuk perkembangan wilayah yang bersangkutan. Misalnya dengan memberikan umpan balik tidak hanya dalam bentuk rata-rata dan variasinya antarkabupaten, sebagaimana kritik Braveman¹⁰ ketika membahas *World Health Report 2000*. Namun juga bagaimana perbedaannya dalam kelompok kaya miskin atau desa kota. Jelas bahwa indikator sosioekonomik sangat berperan dalam memberikan perspektif peran kinerja program kesehatan disebuah wilayah.^{11,12} Mengingat di Indonesia indikator sosioekonomik dikumpulkan tersendiri misalnya melalui SUSENAS, maka Depkes perlu menggabungkan kedua data dan memberikan hasil analisisnya ke provinsi sebagai *reward* atas pengumpulan indikator tersebut. Hanya dengan timbal balik seperti itu maka kesinambungan pengumpulan indikator kinerja program kesehatan bisa dijamin.¹³

Sekarang dengan adanya kemajuan teknologi informasi dan komputer, pengolahan informasi menjadi jauh lebih mudah. Informasi yang telah diolah bisa disediakan melalui internet yang disajikan dalam bentuk yang interaktif dan menarik. Penyajian informasi dalam bentuk ini ternyata jauh lebih bermanfaat¹⁴ dan utilitasnya menjadi lebih sering.¹⁵

Selain itu Depkes perlu tetap melakukan evaluasi maupun riset tentang kualitas data yang dikumpulkan, khususnya baik mengenai ketepatan, validitas maupun feasibilitas pengumpulannya. Hal ini penting, tidak saja karena adagium terkenal *garbage in garbade out*, namun juga karena baik institusi pengguna maupun penyedia data paling jarang diperhatikan.¹⁶

Perlu ada tindak lanjut untuk menyederhanakan indikator kesehatan yang sekarang masih yang ada, terutama dikaitkan dengan kesulitan lapangan, seperti yang terbukti dalam penelitian ini. Salah satu alternatif adalah mengaitkannya dengan kebutuhan pembuatan profil kesehatan maupun kaitannya dengan indikator standar pelayanan minimum wilayah. Hal ini tentunya memerlukan kajian tersendiri.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Dalam era desentralisasi ini, hanya sedikit provinsi yang masih mengumpulkan kinerja indikator seperti yang tertera pada Propenas. Dari 15 provinsi, hanya, Jambi, Kalimantan Selatan dan Bangka Belitung yang relatif masih mengumpulkan indikator itu secara lengkap. Dalam kaitan ini, hanya 8 provinsi yang mempunyai profil kesehatan dan dari sejumlah itu hanya 2 provinsi yang lengkap indikator kinerjanya. Karena itu disarankan agar Depkes lebih memberi perhatian pada isu ini dengan memberikan insentif melalui DAK, dan memberikan *reward* dalam bentuk umpan balik penyajian yang bermanfaat untuk wilayah bersangkutan, termasuk ranking antarprovinsi maupun korelasinya dengan indikator sosioekonomik.
2. Dari 61 indikator kinerja Propenas, ada 16 indikator yang relatif mudah dikumpulkan pada tingkat provinsi. Indikator tersebut:
 - a. Indikator Program Kesehatan Lingkungan dan Perilaku Sehat: Jamban Sehat, Air Bersih, TTU Sehat, Rumah Sehat, dan Posyandu.
 - b. Indikator Program Upaya Kesehatan: angka DBD dan persalinan tenaga kesesehatan.
 - c. Indikator gizi: cakupan vitamin A, dan tablet besi ibu hamil.

- d. Indikator Program Sumber Daya Kesehatan: JPKM, rasio tenaga kesehatan, rasio sarana kesehatan.
- e. Indikator Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan: peraturan yang menjadi kebijakan kesehatan, proporsi kabupaten/kota dengan SIK.
- f. Indikator Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya: Penyuluhan KIE tentang NAPZA, dan obat esensial nasional.

Temuan ini hendaklah dijadikan pedoman untuk menyusun indikator kinerja program kesehatan di masa depan. Sebab indikator yang sulit ini akan mengganggu ketika dilakukan penyajian rata-rata, variasi dan *benchmarking* antar wilayah. Peranan pengkajian validitas dan feasibilitas indikator harus diambil oleh Depkes, sebagai salah satu bentuk peran pembinaan.

KEPUSTAKAAN

1. Depkes. Visi Indonesia Sehat 2010, diambil dari <http://www.depkes.go.id/showis.php?tid=Visi>, diakses pada tanggal 7 juni 2005.
2. ADB. Country Operational Strategy Studies: Indonesia 1994, diakses dari <http://www.adb.org/documents/cosss/INO/ino202.asp> tanggal 7 Juni 2005.
3. Depkes. Pengkajian Hasil Repeta 2002 Dan Penyusunan Draft Propenas Tahun 2004, Jakarta 2003.
4. Depkes. Profil Kesehatan Masyarakat, 2001, Jakarta Indonesia. 2002.
5. NCHS. Healthy People 2000 Final Review, Heattsville, Maryland: Public Health Service, 2001: 1,19.
6. NCHS. Healthy People 2010-About Healthy People 2010, diambil dari <http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/hpdata2010/aboutthp.htm> tanggal 14 Juni 2005
7. Millar, John S. Healthy Canadian in 2010, Commentary, Canadian Medical Association Journal, June 27, 2000; 162:1823-1824
8. Larson, Charles dan Alec Mercer. Global Health Indicators: an overview, Canadian Medical Association Journal, 2004;171:1199-1200.
9. Undang-Undang Republik Indonesia. Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah. 2004.
10. Braveman, Paula dkk: World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy, BMJ 2001;323:678-81.
11. Smith, G. Davey, dkk. Area based measures of social and economic circumstances: cause specific mortality patterns depend on the choice of index, J Epidemiology Community Health 2001;55:149-150.
12. Mulligan, Ju, dkk. Measuring the kinerja of health systems, indikator still fail to take socioeconomic factors into account, BMJ, 2000;321:191-2.
13. Kenney, Natalie dan Alison Macfarlane. Identifying problems with data collection at a local level: survey of NHS maternity units in England, BMJ, 319;619.
14. Donaldson, Ed Molla dan Kathleen N. Lohr. Health Data in the Information Age: Use Disclosure and Privacy, Views and Reviews BMJ 1994; 309;964-965.
15. Wulff, Judith L., dan Neal, D. Nixon. Quality markers and use of electronic journals in an academic health science library, J Med Library Association; 2004;92:315.
16. Carnall. Douglas, NHS performance indicators, BMJ 2000;321:248.

LAMPIRAN 1: INDIKATOR PROPENAS
Program Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat Dan
Pemberdayaan Masyarakat

- 1 Persentase keluarga yang menggunakan jamban yang memenuhi syarat kesehatan
- 2 Persentase keluarga yang menggunakan air bersih di perkotaan dan pedesaan
- 3 Persentase tempat-tempat umum (TPU) dan pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan
- 4 Persentase sekolah yang memenuhi syarat kesehatan
- 5 Persentase industri dan rumah sakit yang mengolah limbah dengan aman dan sehat
- 6 Persentase keluarga yang menghuni rumah sehat
- 7 Persentase penduduk yang melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat
- 8 Persentase Posyandu Purnama Mandiri per desa

Program Upaya Kesehatan

- 9a. Menurunnya angka kesakitan penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD)
- 9b. Menurunnya angka kesakitan malaria
- 9c. Meningkatnya angka kesembuhan penyakit tuberkulosis (TBC) paru
- 9d. Prevalensi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)
- 9e. Menurunnya angka kematian pneumonia balita
- 9f. Menurunnya angka kematian diare pada balita
- 9g. Eliminasi penyakit kusta dan eradikasi polio
- 10 Persentase cakupan imunisasi Universal Child Immunization (UCI)
- 11 Persentase jumlah orang sakit yang berobat ke sarana kesehatan
- 12 Persentase jumlah pasien yang dirujuk dari sarana pelayanan kesehatan dasar
- 13 Persentase cakupan pelayanan antenatal, postnatal dan neonatal
- 14 Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
- 15 Persentase cakupan penanganan komplikasi kasus obstetri minimal 12%
- 16 Persentase cakupan pembinaan kesehatan Balita dan anak usia pra-sekolah
- 17 Persentase orang sakit yang berobat ke pengobatan tradisional
- 18 Prevalensi penyakit akibat gangguan mata
- 19 Jumlah sarana kesehatan yang melaksanakan quality assurance (QA)
- 20 Persentase jumlah rumah sakit yang terakreditasi
- 21 mlah sarana kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan remaja

- 22 Jumlah sarana kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan lansia
- 23 Persentase jumlah jenis pelayanan penyuluhan dan pencegahan oleh rumah sakit (RS)
- 24 Persentase kotamadia/kota yang melaksanakan sistem kewaspadaan dini (SKD)
- 25 Persentase kotamadia/kota yang mempunyai labkes/Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)

Program Gizi Masyarakat

- 26 Prevalensi gizi kurang pada balita
- 27 Prevalensi KEK pada ibu hamil
- 28 Prevalensi TGR pada anak usia sekolah
- 29 Prevalensi AGB pada ibu hamil
- 30 Prevalensi KVA pada balita dan ibu hamil
- 31 Prevalensi gizi lebih
- 32 Prevalensi BBLR
- 33 Prevalensi rumah tangga mengkonsumsi garam yodium
- 34 Persentase pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-4 bulan
- 35 Persentase pemberian MP ASI pada bayi mulai usia 4 bulan
- 36 Jumlah kkal per kapita per hari konsumsi gizi seimbang
- 37 Persentase keluarga sadar gizi
- 38 Persentase BB terhadap TB kurang dari normal pada anak sekolah
- 39 Prevalensi anemia pada balita, WUS, remaja putri dan wanita pekerja

Program Sumber Daya Kesehatan

- 40 Jumlah penduduk yang menjadi peserta sistem pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya
- 41 Proporsi tenaga kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk
- 42 Persentase lembaga pendidikan dan pelatihan kesehatan yang terakreditasi
- 43 Proporsi sarana kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk
- 44 Persentase cakupan pemeriksaan sarana pelayanan kesehatan (terakreditasi)

Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

- 45 Jumlah peraturan yang menjadi kebijakan program kesehatan
- 46 Proporsi kotamadia/kota sesuai dengan UU No.22/1999 yang mempunyai kebijakan kesehatan

- 47 Proporsi kotamadia/kota yang mempunyai sistem manajemen kesehatan yang berbasis wilayah
- 48 Proporsi kotamadia/kota yang mempunyai perangkat peraturan daerah mengenai kesehatan
- 49 Proporsi kotamadia/kota yang mampu menyediakan profil kesehatan kotamadia/kota
- 50 Jumlah penelitian dan publikasi hasil penelitian di bidang kesehatan dan gizi
- 51 Persentase hasil penelitian bidang kesehatan yang dimanfaatkan oleh program kesehatan
- Program Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya**
- 52 Proporsi kasus penyalahgunaan atau kesalahgunaan NAPZA dengan tindak lanjut pengamanan
- 53 Proporsi kasus pencemaran makanan dengan tindak lanjut pengamanan
- 54 Jumlah industri yang telah mengelola bahan berbahaya secara benar
- 55 Persentase cakupan pemeriksaan sarana produksi dan distribusi farmakes dalam rangka COPB
- 56 Persentase produk farmakes yang tidak memenuhi syarat mutu
- 57 Jumlah produk farmakes yang berbasis sumber daya alam dalam negeri
- 58 Persentase penggunaan obat rasional
- 59 Persentase ketersediaan obat esensial nasional
- 60 Jumlah laboratorium pengujian obat dan makanan yang terakreditasi
- 61 Terlaksananya sosialisasi kebijakan harga obat generik

PROGRAM PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS): STUDI KASUS DI KABUPATEN BANTUL 2003

*CLEAN AND HEALTHY LIFE BEHAVIOUR (CHLB) PROGRAM:
A CASE STUDY AT BANTUL DISTRICT OF YOGYAKARTA PROVINCE 2003*

Djonny Sinaga¹, Dewi Marhaeni Diah Herawati², Mubasysyir Hasanbasri³

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Tengah, Provinsi Sumatera Utara

² Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

³ Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Clean and Healthy Life Behavior (CHLB), as part of social movement strategies initiated by the Ministry of Health, has been implemented in the Bantul District of Yogyakarta since 1996. The movement is organized through existing *puskesmas* in the area. Various level of participation has been noted among the areas of implementation. One area of *Puskesmas* Kasihan 2 has been known as one the success story of the CHBL implementation. The main aim of this study is to explore and to learn the major factors that contribute to this success story.

Data and Method: This is a case study that treats community as our main unit of analysis. Two *puskesmas* areas: Kasihan 2 and Banguntapan 1 were selected as our study focus. The data were collected from July–September 2004 through in depth interviews of the community leaders and health staffs from public health centers and district health office. Two focused group discussions were also done.

Findings: What we can learn from this case is that earlier experience between community and government helps the development and the work of the Clean and Healthy Life Behavior Program in the Kasihan 2 *Puskesmas* Area. In addition to this, the presence of nor or two community leaders who have the background of working together with the community is the key to the success of health social movement. We also learn that government initiatives and acting as a sparing partner to the community allow community show their performance in the health game. Health cadres have no longer become the object. They play their role as the government officers play their own. We believe that *puskesmas* managers should have the capability to identify community leaders in their working areas to invite them to work together in a game. The philosophy of partnership and supporting their staff in working together with the community could become the *puskesmas* agenda.

Keywords: Clean and Healthy Life Behavior, community leadership, government initiative, partnership between government and community

PENGANTAR

Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan program Dinas Kesehatan Bantul dan menjadi salah satu strategi dalam pencapaian “Bantul Sehat 2005”. Implementasi kegiatan ini tergantung pada kebijakan pemerintah maupun dukungan masyarakat. Dukungan masyarakat merupakan hal yang sangat vital, sehingga terlaksana atau tidaknya program ini tergantung bagaimana sikap masyarakat dalam merespon permasalahan kesehatan yang ada di wilayahnya.

Dalam era otonomi daerah, pemberdayaan dan kemandirian merupakan salah satu strategi dalam pembangunan kesehatan. Artinya bahwa setiap orang dan masyarakat bersama-sama

pemerintah berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya.

Wujud partisipasi masyarakat atau peran aktif masyarakat dalam memelihara dan menjaga kesehatannya dapat dilihat melalui kegiatan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (KBDM), seperti: posyandu, dana sehat, Daerah Percontohan Kesehatan Lingkungan (DPKL), PHBS, dan lain-lain.

Program PHBS dibagi dalam lima tatanan yaitu tatanan rumah tangga, sekolah, tempat kerja, sarana kesehatan, dan tatanan tempat-tempat umum. Masing-masing tatanan mempunyai indikator sendiri-sendiri. Sejak tahun 2002 Dinas

Kesehatan Bantul mengembangkan PHBS tatanan rumah tangga, yang jumlah indikatornya berubah menjadi enam belas dan disesuaikan dengan permasalahan kesehatan di Kabupaten Bantul. Prioritas program PHBS dalam era otonomi daerah diserahkan kepada kebijakan masing-masing kabupaten atau kota, sehingga tiap-tiap daerah dapat mengimplementasikan program PHBS agar lebih sesuai dengan kondisi dan permasalahan masyarakat setempat.

Adapun klasifikasi PHBS¹ ditunjukkan melalui nilai Indeks Potensi Keluarga Sehat (IPKS), berdasarkan 16 indikator sebagai berikut.

1. Potensi Sehat I (merah): indikator yang memenuhi hanya 1-4
2. Potensi Sehat II (kuning): indikator yang memenuhi 5-8
3. Potensi Sehat III (hijau): indikator yang memenuhi 9-12
4. Potensi Sehat IV (biru): indikator yang memenuhi 13 –16

Target program PHBS tatanan rumah tangga yang akan dicapai Kabupaten Bantul pada tahun 2005 sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah terpenuhinya keluarga Potensi Sehat III dan IV sebesar 70%, sedangkan cakupan yang telah dicapai sampai tahun 2003 adalah 64,95%.

Berdasarkan hasil pendataan PHBS tahun 2003, diketahui adanya lima permasalahan utama yaitu: keikutsertaan anggota JPKM 29,08%, tidak merokok 36,90%, buang air besar di jamban 82,04%, bebas jentik nyamuk 82,91%, dan pasangan usia subur 82,94%.¹ Dengan demikian, intervensi yang dilaksanakan adalah kegiatan-kegiatan yang sesuai dengan permasalahan yang ada seperti sosialisasi JPKM, sosialisasi gerakan 3M dan pelatihan kader pemantau jentik, serta pemberian stimulan jamban keluarga, kesehatan reproduksi remaja, dan lain-lain.

Implementasi program PHBS di Kabupaten Bantul sangat dipengaruhi oleh kebijakan pemerintah maupun dukungan masyarakat. Adapun kebijakan pemerintah dapat dilihat dari dukungan SDM, pembiayaan maupun sarana. Sumber daya manusia dalam program PHBS meliputi Dinas Kesehatan, Puskesmas dan masyarakat (kader). Sarana yang digunakan meliputi buku pegangan kader, buku pedoman keluarga program PHBS, kartu pendataan program PHBS, dan format laporan program PHBS. Pembiayaan program PHBS berasal dari APBD II, Bantul *District Grant* yang berasal dari *World Bank* maupun dana APBD I.

Permasalahan yang akan diteliti adalah bagaimana implementasi program PHBS di

Kabupaten Bantul pada tahun 2003, karena PHBS merupakan salah satu strategi dalam pencapaian Bantul Sehat 2005.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran tentang pelaksanaan program PHBS di Kabupaten Bantul. Tujuan khususnya adalah: 1) untuk mengetahui pelaksanaan program PHBS; 2) untuk mengetahui kebijakan pemerintah daerah dalam pelaksanaan program PHBS; dan 3) untuk mengetahui dukungan masyarakat dalam pelaksanaan program PHBS.

Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan bentuk perwujudan paradigma sehat, utamanya pada aspek budaya perorangan, keluarga dan masyarakat. Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah tindakan yang dilakukan oleh perorangan, kelompok atau masyarakat yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, menolong dirinya sendiri dan berperan aktif dalam pembangunan kesehatan untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Strategi pencapaian PHBS, meliputi: 1) advokasi yaitu upaya untuk mempengaruhi kebijakan publik, individu dan pemegang kebijakan melalui pendekatan persuasif untuk memperoleh dukungan, 2) bina suasana yaitu menjalin kemitraan untuk membentuk opini publik dengan berbagai kelompok yang ada di masyarakat, 3) pemberdayaan adalah cara untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat mampu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

Unsur-unsur dalam manajemen program PHBS terbagi dalam empat tahap yaitu: 1) pengkajian meliputi pengkajian masalah program PHBS secara kuantitatif, pengkajian secara kualitatif, dan pengkajian sumber daya; 2) perencanaan meliputi menentukan tujuan dan jenis kegiatan intervensi; 3) penggerakan pelaksanaan meliputi advokasi, mengembangkan dukungan suasana, dan gerakan masyarakat; 4) pemantauan serta penilaian.²

Otonomi daerah didasari oleh kenyataan bahwa pelaku pembangunan yang sesungguhnya adalah masyarakat, sedangkan pemerintah bertindak sebagai fasilitator, dinamisator, dan katalisator.³

Pemberdayaan masyarakat sebagaimana ditekankan dalam desentralisasi pembangunan kesehatan hanya dapat dicapai melalui peningkatan peran serta masyarakat.⁴ Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya fasilitasi agar masyarakat mengenal masalah yang dihadapi, merencanakan dan melakukan upaya pemecahannya dengan memanfaatkan potensi

spesifik masing-masing daerah sesuai situasi, kondisi dan kebutuhan masyarakat.⁵ Masyarakat dapat mendorong keberhasilan suatu program melalui tiga cara, yaitu: 1) menyediakan informasi, 2) menyediakan dukungan politik, 3) menyumbangkan sumber daya.⁶

Adapun dukungan masyarakat dapat berupa tanggapan atau respon terhadap informasi yang diterimanya, keterlibatan dalam perencanaan, keterlibatan dalam pengambilan keputusan, keterlibatan dalam melakukan hal-hal teknis, keterlibatan dalam memelihara, dan mengembangkan hasil pembangunan, serta keterlibatan dalam menilai pembangunan.⁷

Pada era desentralisasi ini keberadaan organisasi atau lembaga pemberdayaan masyarakat sebagai institusi yang bercorak modern sangat dibutuhkan. Hal ini karena organisasi atau lembaga tersebut fungsinya sangat diharapkan terutama dalam menyusun rencana, biaya, pelaksanaan, dan pengawasan dalam upaya kesehatan, serta dalam proses pengambilan keputusan.⁵

Organisasi masyarakat adalah suatu proses yang kelompok masyarakatnya dibantu untuk mengenali masalah atau tujuan umum untuk menggerakkan sumber daya. Dengan kata lain, pengembangan dan penerapan strategi tersebut untuk mencapai tujuan, yang telah disusun bersama. Konsep dalam organisasi masyarakat, meliputi: partisipasi dan relevansi, kemandirian, kesadaran, kompetensi masyarakat, serta pemilihan masalah.⁸

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan kajian studi kasus dengan analisis deskriptif⁹, dengan lokasi penelitian di Kabupaten Bantul. Subyek penelitian terdiri dari kepala seksi penyebarluasan informasi Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas 2 orang, petugas PKM Puskesmas 2 orang, kader kesehatan dan tokoh masyarakat. Pemilihan Puskesmas dengan kriteria inklusi sebagai berikut. Puskesmas dengan cakupan program PHBS tertinggi, dukungan masyarakatnya baik dan telah mempunyai komite kesehatan dusun, serta merupakan *pilot project program* PHBS, untuk itu terpilih Puskesmas Kasihan II. Sebagai pembanding adalah Puskesmas yang cakupan program PHBS-nya rendah, dukungan masyarakat rendah, serta tidak menjadi *pilot project program* PHBS, untuk itu terpilih Puskesmas Banguntapan II. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN PHBS di Kasihan 2 – Kisah Berhasil

Wilayah Kasihan 2 merupakan daerah endemis penyakit demam berdarah karena kondisi lingkungan yang buruk. Pada sekitar 1980-an, warga buang air besar di selokan. Sampah berserakan di berbagai tempat. Sarana air bersih masih sedikit. Kondisi ini membuat warga melaksanakan kesepakatan bersama untuk mengatasi kondisi kesehatan lingkungan yang jelek. Pada tahun 1993, ada program Desa Percontohan Kesehatan Lingkungan (DPKL). Pada waktu itu bantuan sejumlah Rp1.500.000,00 diberikan untuk pembangunan fisik. Dana ini sejak itu telah dijadikan pinjaman bergulir untuk membeli jamban keluarga. Setiap Kepala Keluarga memperoleh bantuan sebesar Rp200.000,00. Warga mengembalikan uang itu dalam bentuk cicilan sepuluh kali, ditambah biaya administrasi sukarela tetapi tidak diberlakukan bunga. Sampai sekarang hampir kurang lebih 200 kepala keluarga telah menggunakan dana tersebut. Dari dana DPKL ini yang sekarang telah dikelola Komite Dusun dikembangkan tidak hanya untuk sanitasi dasar tetapi juga pembelian tong-tong sampah masing-masing warga, dan konblokisasi.

Implementasi program PHBS yang menonjol di Kasihan 2 adalah Gerakan Jum'at Bersih untuk jentik nyamuk dan Gerakan Minggu Bersih untuk lingkungan sudah terjadwal dan rutin. Kegiatan minggu bersih berawal dari kegiatan individual yang kemudian diperkuat oleh pengorganisasian di jajaran pedusunan bekerja sama dengan puskesmas ketika terjadi kasus DBD. Kemudian kegiatan berlanjut diresmikan sebagai kegiatan dusun yang dilaporkan setiap pertemuan bulanan. Minggu bersih dikhususkan hanya untuk lingkungan rumah tangga, jamban keluarga, selokan, dan perawatan tanaman obat. Kegiatan PHBS yang lain adalah bazar. Kegiatan bazar muncul karena kesepakatan yang dibuat dalam pertemuan-pertemuan sosialisasi. Anggota masyarakat dapat menjual asesoris berlogo PHBS seperti gantungan kunci, pemotong kuku dan stiker. Melaksanakan pertemuan rutin setiap tanggal 12 di tingkat dusun dan tanggal 13 tingkat kelurahan, jika hari minggu atau libur di sesuaikan. Pengelolaan sampah dilaksanakan oleh komite kesehatan dusun, bekerjasama dengan Pemda dengan iuran Rp4.000,00 – Rp10.000,00. Puskesmas Kasihan2 memanfaatkan berbagai pertemuan warga untuk mensosialisasikan program PHBS. Meskipun demikian, dalam sosialisasinya tetap menggunakan spanduk,

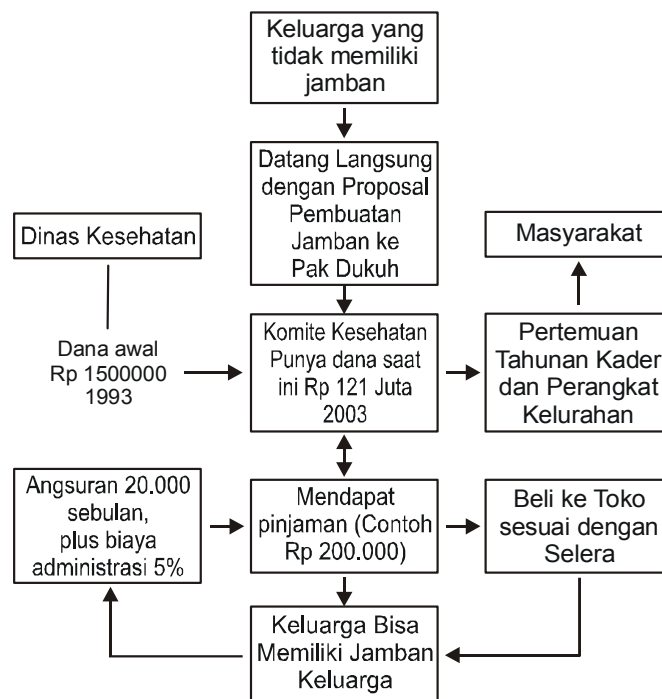
brostur, stiker, dan baliho agar masyarakat lebih mengenal program PHBS. Tulisan-tulisan yang berkaitan dengan program PHBS juga ada di bak sampah yang dibagikan kepada setiap keluarga.

Kegiatan di Kasihan 2 menjadi perhatian puskesmas dan masyarakat ketika ada kasus demam berdarah. Kader kesehatan di daerah ini mendapat tugas dari dusun untuk mengkoordinasi pemberantasan sarang nyamuk (PSN) kegiatan Jumat Bersih disini berjalan rutin hingga saat ini. Masyarakat wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2 lebih mudah memahami mengapa perlu ada program PHBS karena keadaan lingkungannya yang endemis DB. Bahkan sebelumnya sangat dikenal dengan kebiasaan warga yang membuang hajat dan MCK di kali, padahal lokasinya sangat dekat dengan perkotaan yaitu kota Yogyakarta. Keinginan untuk ke luar dari kesan kumuh dan ancaman DB menjadi pemersatu persepsi atau pemahaman program PHBS. Peran serta masyarakat dipengaruhi oleh kebutuhan masyarakat dan kepentingan komunal yang mengikat setiap anggota masyarakat. Koordinasi, kerjasama lintas program ataupun lintas sektoral menjadi lebih mudah dilakukan daripada daerah lainnya.¹⁰

Peran Komite Kesehatan Dusun. Komite Kesehatan Dusun dibentuk tahun 2002. Ia merupakan peleburan dari semua UKBM yang ada dalam suatu wadah organisasi agar permasalahan kesehatan dapat diselesaikan secara komprehensif. Komite ini mempunyai delapan pokja dan PHBS merupakan salah satu dari mereka. Setiap pokja dipimpin oleh koordinator, adapun anggotanya masing-masing RT ada dua orang kader yang menjadi pengurus. Jumlah anggota dari komite ini dipimpin oleh seorang tokoh masyarakat yang merupakan pensiunan pegawai BKKBN yang sebelumnya menjadi ketua DPKL. Tokoh ini cukup disegani oleh masyarakat karena merupakan tokoh panutan dan merupakan leadership yang tinggi.

PHBS di Banguntapan 1-Kisah Belum Berhasil

Program PHBS di Banguntapan 1 sudah menjadi sasaran Dinas Kesehatan Bantul. Kegiatan disini tidak seperti di Kasihan 2. Kegiatan minggu bersih tidak merupakan hal yang rutin. Kegiatan Jumat Bersih dipusatkan pada pembersihan lingkungan secara umum. Program PHBS di lingkungan ini dirasakan oleh masyarakat seolah-olah sebagai sesuatu yang *top down*. Masyarakat



Gambar 1. Pola Kerja Penggunaan Pinjaman Bergulir untuk Jamban

di wilayah kerja Puskesmas Banguntapan I sebatas melaksanakan permintaan dari pemerintah agar pendataan program PHBS yang ditetapkan pemerintah dapat tercapai. Kepala Dusun ataupun pihak Puskesmas hanya menjelaskan bagaimana mengisi blangko pendataan program PHBS sehingga pelaksanaan pelatihan bagi kader tidak lebih dari satu hari. Padahal implementasi tidak berhenti pada pendataan. Meskipun Kepala Dusun dapat menggerakkan tokoh-tokoh masyarakat dalam rangka mendukung program PHBS. Namun tidak semua kepala dusun memiliki otoritas demikian karena tokoh kepala dusun dapat dipandang sebagai pemimpin formal dari pemerintah desa. Di samping itu, selain kepala dusun seharusnya ada tokoh-tokoh lain yang sejak awal dilibatkan dalam implementasi program PHBS. Kurangnya dukungan program PHBS dalam lembaga-lembaga di tingkat dusun seperti RT, RW, arisan, dan kelompok-kelompok pengajian menunjukkan bahwa sejak awal mereka tidak dilibatkan. Petugas Puskesmas Banguntapan I mengatakan:

**“program PHBS itu kan masalah perilaku....
Jadi ya diserahkan kembali kepada warga.”**

Implementasi program PHBS di wilayah Puskesmas Banguntapan I secara institusional masih kurang memperhatikan aspek pemberdayaan masyarakat. Dukungan masyarakat hanya sebatas memberikan informasi untuk kepentingan pendataan program PHBS. Dukungan politik sangat minim dilihat dari rendahnya keterlibatan tokoh masyarakat sehingga sumber daya potensial kurang berperan dalam mensukseskan program PHBS. Dalam keadaan ini, kader program PHBS menjalankan tugas tanpa memiliki mitra pendukung, sehingga pelaksanaan program PHBS menjadi tidak mudah. Kader kesehatan kurang aktif di sini. Tidak ada koordinasi yang kuat untuk melaksanakan PSN. Puskesmas kurang melibatkan masyarakat setempat sejak awal pelaksanaan implementasi program PHBS. Masyarakat kurang dilibatkan dalam penyusunan agenda, formulasi kebijakan dan adopsi kebijakan sehingga masyarakat banyak yang tidak mengetahui apa masalah yang dihadapi sehingga kurang mengerti mengapa ada program PHBS.

Puskesmas Banguntapan I memahami sumber daya manusia dalam pembangunan kesehatan secara sempit berupa tenaga kesehatan saja. Padahal di tingkat bawah, mereka yang aktif sebagai kader kesehatan mengharapkan peran atau partisipasi yang lebih besar dalam mensukseskan program PHBS. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dalam program PHBS akan menjadi kendala program ketika para tenaga kesehatan tersebut tidak mampu menggerakkan potensi SDM yang ada di tengah masyarakat seperti pihak swasta

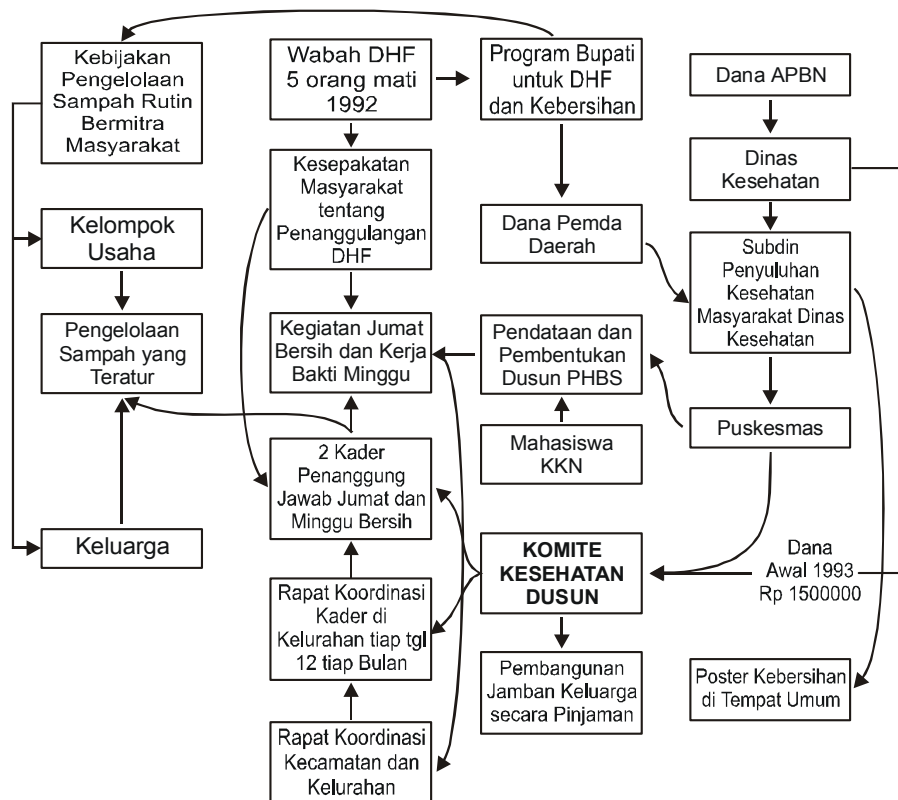
dan tokoh-tokoh masyarakat. Kurangnya kesanggupan atau kemampuan tenaga kesehatan di Puskesmas Banguntapan I dalam menggerakkan partisipasi aktif tokoh masyarakat merupakan masalah dalam implementasi program PHBS. Masalah lainnya adalah lemahnya pemahaman kader terhadap program PHBS itu sendiri dibandingkan pemahaman kader PHBS di Puskesmas Kasihan 2. Di Banguntapan I, kader yang ada kurang mendapat pembinaan atau pelatihan dari tenaga kesehatan terkait. Sebagaimana diungkapkan oleh beberapa kader, mereka tidak hanya membutuhkan insentif uang, tapi juga perhatian dari petugas kesehatan. Insentif ini tidak lebih sebagai motivasi saja agar kader dapat terus menjalankan kegiatan program PHBS walaupun mungkin hanya pendataan dan penyuluhan.

Permainan Bersama antara Masyarakat dan Pemerintah

Gerakan-gerakan sosial biasanya mengalami kesulitan dalam melakukan koordinasi. Satu momentum yang penting yang bisa membuat *stakeholder* dalam PHBS bisa saling berkoordinasi dan main bersama adalah kunjungan-kunjungan tamu yang ingin melihat dari dekat contoh keberhasilan program PHBS dalam masyarakat. Kunjungan seperti itu memberikan kesempatan bagi warga, puskesmas, dan unsur pemerintah daerah untuk bersama-sama memperlihatkan kerja mereka. Dengan kehadiran tamu-tamu itu, seluruh pihak dapat merefleksikan dari waktu ke waktu dan belajar dari tamu dan dari interaksi mereka sendiri dalam memelihara program. Momentum kehadiran tamu menjadi media kerjasama antara Kader PHBS, PKK, dasawisma, Ketua RT, Ketua RW, pengurus DPKL, dan petugas dari Puskesmas Kasihan 2, dan juga kerjasama lintas sektoral antara Kepala Dusun, Pemerintah Desa, Kecamatan dan Puskesmas.

Meskipun demikian interaksi dengan dunia luar ini bisa menimbulkan masalah jika tidak dikelola, kepala puskesmas di Kasihan pernah menceritakan adanya keluhan anggota masyarakat yang merasa menjadi beban ketika banyak tamu. warga merasa menjadi jenuh dengan aneka kegiatan program PHBS. Justru kunjungan-kunjungan seperti ini belum dirasakan sebagai proses belajar yang sangat baik. Dalam kaca mata yang negatif, potret ini terungkap oleh seorang kepala puskesmas:

“ ... kunjungan-kunjungan tersebut kurang begitu memberi manfaat bagi warga...” biaya yang harus dikeluarkan warga tidak sedikit...” ada bantuan dana dari Pemerintah Desa...” tetapi warga tetap mengeluarkan biaya.”



Gambar 2. Peran Sentral Komite Kesehatan dalam Program-program Kesehatan di Kasihan 2

Bahkan menurut mereka biaya untuk keperluan tamu-tamu itu dapat dialokasikan untuk kegiatan lain yang mendukung implementasi program PHBS lebih lanjut.

Sering orang mengatakan tidak ada uang maka kegiatan ini tidak jalan. Meski demikian, penting ditekankan bahwa jika kegiatan sudah jalan dan masyarakat melihat manfaat dari kegiatan itu,

dana stimulan dan kontribusi dari masyarakat sendiri dapat saling memperkuat kegiatan. Penggunaan dana-dana yang dapat dikumpulkan dari berbagai sumber di atas digunakan untuk membiayai kegiatan PHBS. Biaya dibutuhkan untuk kegiatan sosialisasi, pendataan, pertemuan kader atau penyuluhan warga dan kegiatan *social event* maupun lomba.

Tabel 1. Sumber Biaya untuk Program PHBS di Dua Wilayah Puskesmas

Jenis Sumber Biaya	Kasihani 2	Banguntapan I
Pemerintah melalui dinas kesehatan	Diberikan kepada puskesmas dan dilanjutkan ke pemerintah dusun, diberikan 1 kali setahun.	Diberikan kepada puskesmas dan dilanjutkan ke pemerintah dusun, diberikan 1 kali setahun.
Kas komite kesehatan dusun	Digunakan untuk membangun sarana kesehatan warga, jaga, BAB, yang dipinjamkan ke warga tanpa bunga, hanya cukup membayar biaya administrasi sebesar 5%. Dan awal dari pemerintah sebesar Rp1.500.000,00 tahun 1993, sekarang Rp121 juta (tahun 2004) (lihat Gambar 3).	Tidak memiliki dana yang sejenis.
Swadaya kader	Digunakan untuk membeli buku, alat tulis, batu senter dan bahan yang digunakan untuk pemberantasan sarang nyamuk (PSN).	Digunakan untuk membeli buku, alat tulis, batu senter dan bahan yang digunakan untuk pemberantasan sarang nyamuk (PSN).
Bantuan insidental dari pemerintah desa	Diberikan jika ada acara yang berkaitan dengan proram desa.	Tidak mendapat perhatian dari pemerintah desa.
Bantuan dari pengusaha	Pengusaha selalu memberikan sponsor saat ada kegiatan, baik bentuk dana, bahan	Belum pernah telaksana ada pengusaha sebagai sponsor

Peran Dinas Kesehatan

Tenaga kesehatan yang khusus menangani program PHBS tidak ada. Tugas dalam program PHBS merupakan tugas yang dibebankan kepada Kepala Seksi Penyebarluasan Informasi Dinas Kesehatan. Petugas ini pun tidak dapat menjalankan tugas tanpa kerjasama dengan pihak Puskesmas yang langsung berhubungan dengan masyarakat. Puskesmas mempunyai tugas memberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga hubungan Puskesmas dengan masyarakat relatif lebih dekat. Selain itu, jelas tidak mungkin petugas yang jumlahnya sangat sedikit mampu menjangkau seluruh wilayah atau dusun yang ada di Bantul. Keadaan ini menjadikan kegiatan program PHBS sangat memperhatikan kesediaan pihak petugas yang ada di Puskesmas untuk mensosialisasikan program PHBS. Sekalipun program PHBS telah menjadi prioritas pembangunan kesehatan di Bantul, ternyata tidak setiap Puskesmas memberikan sikap atau respon yang sama. Ada yang antusias ingin mencapai semua indikator program PHBS seperti yang dilakukan Puskesmas Kasihan 2, dan ada yang sekedar menjalankan saja seperti di Puskesmas Banguntapan I. Keterbatasan sumberdaya manusia di Puskesmas Banguntapan I tidak dapat menjadi alasan kurang berhasilnya pelaksanaan program PHBS, karena secara potensial kader yang ada di masyarakat sendiri cukup banyak. Masalah yang sering muncul dalam pelaksanaan pembangunan adalah sikap petugas yang kurang menempatkan diri sebagai fasilitator pembangunan.³

Fungsi Tenaga Puskesmas

Tenaga kesehatan di dua puskesmas yang diteliti ini memiliki kemampuan atau kesanggupan yang berbeda dalam menggerakkan potensi SDM yang ada di masyarakat. Namun tidak dapat diambil suatu kesimpulan bahwa SDM di Puskesmas Kasihan 2 lebih baik, karena suasana atau kondisinya memang berbeda. Puskesmas Kasihan 2 menghadapi tantangan yang tidak ringan yaitu menjadikan Kecamatan Kasihan bebas dari endemi DB (demam berdarah). Demam berdarah bukan hanya menjadi masalah bagi tenaga kesehatan, tapi masalah bagi masyarakat luas di wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2. Kesadaran atau kepedulian masyarakat lebih mudah tumbuh seiring dengan ancaman DB yang muncul. Implementasi program PHBS bukan hanya menjadi beban tugas atau tanggung jawab petugas Puskesmas maupun Dinas Kesehatan. Ada Puskesmas yang kurang antusias memberikan pembinaan kepada dusun program PHBS karena

beranggapan bahwa berbagai indikator yang ada di program PHBS juga telah menjadi perhatian para tenaga kesehatan sejak lama. Sebaliknya, ada Puskesmas yang sangat antusias mengimplementasikan program PHBS sehingga menjadikan semua indikator kesehatan yang ada pada program PHBS sebagai indikator kesehatan yang ada di wilayahnya.

Dukungan Pemerintah Daerah

Berbagai kegiatan program PHBS mulai dari tahap pendataan, sosialisasi, intervensi, penggerakan pelaksanaan, dan evaluasi membutuhkan biaya. Kegiatan yang paling banyak membutuhkan biaya adalah pada saat melakukan intervensi dalam bentuk pemberian stimulan. Pemerintah Kabupaten Bantul mencari dana untuk kepentingan ini dari APBD. Alokasi Biaya program PHBS yang berasal dari APBD II melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul menyebutkan 6 pos pembiayaan yaitu pembentukan dusun baru program PHBS, stimulan pemecahan masalah, klinik program PHBS, pelatihan Kader program PHBS, pemberdayaan tokoh masyarakat, dan pengembangan sarana penyuluhan Puskesmas.

**Tabel 3. Alokasi Biaya program PHBS
Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul Tahun 2003**

No	Kegiatan	Biaya (Rp)
1	Pembentukan dusun baru	45.000.000
2	Stimulan pemecahan masalah program PHBS	13.000.000
3	Klinik program PHBS	16.000.000
4	Pelatihan Kader program PHBS	26.000.000
5	Pemberdayaan TOMA	13.000.000
6	Pengembangan sarana penyuluhan Puskesmas	39.000.000
Jumlah		142.000.000

Biaya pemerintah untuk kegiatan PHBS sudah mencakup pembentukan dusun program PHBS baru di 21 Puskesmas dan pembiayaan lainnya di 26 Puskesmas. Pada tabel di atas terlihat bahwa pemberdayaan TOMA dan pemberian stimulan hanya memiliki anggaran yang sangat kecil untuk dapat menjangkau seluruh tokoh masyarakat. Dalam masyarakat yang homogen keberadaan tokoh tidaklah banyak. Namun dalam masyarakat yang sudah heterogen seperti di daerah Banguntapan I, pemilihan siapa tokoh yang mewakili tidak mudah dilakukan. Pemilihan siapa seseorang yang dianggap tokoh di tengah masyarakat akan menunjukkan seberapa efektif biaya yang dikeluarkan untuk pemberdayaan TOMA. Belum tentu TOMA yang dimaksud dapat menyebarluaskan informasi yang didapat kepada seluruharganya.

Biaya untuk TOMA dari alokasi di atas hanya Rp500.000,00 per Puskesmas yang nantinya akan dibagi kepada seluruh dusun program PHBS. Jika dalam satu Puskesmas ada 8 dusun seperti di Banguntapan I pada tahun 2003, maka setiap dusun hanya akan mendapat sekitar Rp60.000,00. Besarnya biaya tersebut mencerminkan bahwa TOMA kurang mendapat pemberdayaan. TOMA dipandang sebagai bagian masyarakat yang sudah mandiri dan sudah berdaya atau mampu menggerakkan masyarakat. Namun, melihat kecilnya alokasi biaya tersebut menunjukkan bahwa TOMA kurang mendapat tempat sebagai mitra dalam implementasi program PHBS.

KESIMPULAN

Apa yang bisa dipelajari dari kasus ini adalah pengalaman bekerja dalam kerja sama masyarakat dan pemerintah sebelumnya telah menentukan keberhasilan program PHBS di Wilayah Puskesmas Kasihan 2. Selain itu, kehadiran satu atau dua tokoh masyarakat yang memiliki pengalaman dalam pengelolaan program bersama masyarakat juga merupakan kunci keberhasilan. Kita juga mempelajari bahwa inisiatif pemerintah dan upaya untuk mendampingi dan bermain bersama masyarakat juga merupakan kondisi yang memungkinkan masyarakat bisa menunjukkan partisipasi mereka. Kader-kader kesehatan tidak lagi bermain sendiri, tetapi mereka menjadi mitra yang berharga yang bisa duduk bersama pejabat pemerintah daerah dan dinas kesehatan.

Ke depan, kejelian pihak puskesmas mencari dan mengajak tokoh-tokoh masyarakat yang bisa bekerja merupakan kunci utama dalam

memprakarsai gerakan sosial kesehatan seperti Program PHBS ini. Ideologi kerja sama dan memupuk keterampilan bekerja bersama-sama dengan masyarakat perlu rasanya dijadikan visi bagi lembaga-lembaga kesehatan seperti puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten.

KEPUSTAKAAN

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Profil Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, Yogyakarta.2003.
2. Departemen Kesehatan. Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat, Jakarta.2002.
3. Karim, Abdul Gaffar (Edt). Persoalan Otonomi Daerah, Pustaka Pelajar, Yogyakarta. 2003.
4. Departemen Kesehatan. Indonesia Sehat 2010, Jakarta.1999.
5. Departemen Kesehatan, RI. Pokok-Pokok Pengorganisasian Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Jakarta. 2003.
6. Bryant, C., dan White, L.G., Manajemen Pembangunan untuk Negara Berkembang, LP3ES, Jakarta. 1986.
7. Ndraha, T. Pembangunan Masyarakat, Rineka Cipta, Jakarta. 1990.
8. Karen, G., Frances, M.L., Barbara, K.R., Health Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice, San Francisco, California. 1996.
9. Yin, R.K., Studi Kasus (Desain dan Metode), PT Raja Grafindo Persada, Jakarta. 1988.
10. Maskun, S., Pembangunan Masyarakat Desa, Media Widya Mandala, Yogyakarta. 1994.

ANALISIS PELAKSANAAN TUGAS DAN FUNGSI PANITIA PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL PELAYANAN KESEHATAN St. CAROLUS JAKARTA TAHUN 2004

*ANALYSIS ON THE IMPLEMENTATION OF ROLES AND FUNCTIONS OF NOSOCOMIAL
INFECTION CONTROL COMMITTEE AT JAKARTA St. CAROLUS HEALTH CARE*

Leonardo Wibawa Permana¹ dan Wiku Adisasmito²

¹Bagian Pelayanan Medis Rumah Sakit Yos Sudarso, Padang

²Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia, Depok, Jakarta

ABSTRACT

Background : Nosocomial Infection Control is one of the indicators to increase service quality in hospital. This study aimed at finding out the implementation of the role and the function of Nosocomial Infection Control Committee at Jakarta St. Carolus Health Care

Method: This was qualitative research with system approach, involving 34 informants. Data were collected through In-depth interview, focus group discussion, documentary research, and observation

Results: The results showed the roles and the functions of Nosocomial Infection Control Committee of Jakarta St. Carolus Health Care were inadequate. Most of members did not have good understanding about their role and function at Nosocomial Infection Control Committee, i.e: job description and authority, activity planning, budgeting, procedure of organization and management, procedure of evaluation and quality control. Some constraints that found were job duplication of committee members, insufficient full timer staff, inadequate knowledge and development and education of the members, insufficient facilities (office and equipments) and references about nosocomial infection control.

Conclusion: Ineffective implementation of roles and functions of Nosocomial Infection Control Committee was influenced by good understanding of members about roles and functions of Nosocomial Infection Control Committee.

Keywords: Nosocomial Infection Control Committee

PENGANTAR

Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dipengaruhi oleh banyak sekali faktor. Faktor yang berpengaruh dapat dikelompokkan ke dalam faktor pelayanan medik, faktor pelayanan nonmedik dan faktor pasien. Faktor pelayanan medik ditentukan oleh dokter, perawat atau petugas kesehatan, alat kesehatan, standar pelayanan yang dipakai dan sebagainya.¹

Pemerintah terus-menerus mengupayakan peningkatan pelayanan rumah sakit sebagai bagian dari pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Salah satu upaya itu adalah dengan diterbitkannya Standar Pelayanan Rumah Sakit pada tahun 1996. Standar pelayanan ini memuat berbagai disiplin pelayanan di rumah sakit dan salah satu di antaranya adalah pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit.

Infeksi nosokomial merupakan salah satu tolok ukur mutu pelayanan rumah sakit. Widodo²

menyatakan bahwa pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit merupakan salah satu upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat dengan memakai angka kejadian infeksi nosokomial sebagai indikator.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 983/MENKES/SK/XI/1992 tanggal 12 November 1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum³, pengendalian infeksi nosokomial secara struktural dilaksanakan oleh suatu panitia sebagai bagian dari Komite Medik.

Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta adalah badan pelayanan kesehatan swasta *non-profit* yang telah mempertahankan keberadaannya selama 85 tahun. Pelayanan kesehatan St. Carolus dikenal baik oleh masyarakat sebagai rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Namun, masih dirasakan kurang

optimalnya fungsi Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial (Pandalin) di rumah sakit ini. Hal ini terlihat dari berbagai kendala yang dituangkan dalam Laporan Kegiatan Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial PK. St. Carolus Tahun 2003, antara lain:

1. Anggota tim berganti–ganti (karena pindah unit kerja).
2. Pelaksana harian belum bekerja secara optimal.
3. *Infection Control Nurse* (ICN) masih merangkap tugas lain.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang pelaksanaan tugas dan fungsi Pandalin, untuk menemukan kendala, serta cara mengatasi kendala–kendala tersebut dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Pandalin di Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Pandalin Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta mulai tanggal 5 April sampai dengan 12 Juni 2004. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan sistem (masukan-proses-keluaran) dari sudut pandang organisasi. Informan dalam penelitian ini berjumlah 34 orang (Tabel 1). Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, *Focus Group Discussion* (FGD), pengamatan dan penelitian dokumen. Data yang didapatkan kemudian diolah secara manual dan dilakukan analisis isi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian melalui wawancara mendalam *Focus Group Discussion* (FGD), penelitian dokumen dan pengamatan dengan Ketua Pandalin, Wakil Ketua, ICN, Anggota dan Pelaksana Harian mengenai faktor masukan dan proses dapat dilihat pada Tabel 2 dan Tabel 3.

Tabel 1. Gambaran Jabatan, Kode, dan Pendidikan Terakhir Informan Anggota Pandalin Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta Tahun 2004

No	Jabatan Dalam Pandalin	Kode Informan	Pendidikan	
			Hasil Wawancara Mendalam and FGD	Hasil Penelitian Dokumen
1	Ketua	I.01	S-1 Kedokteran	S-1 Kedokteran Universitas Hasanudin
2	Wakil Ketua	I.02	S-2 Kesehatan	S-2 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3	Sekretaris mrkp ICN	I.03	S-1 Kesehatan Masyarakat	S-1 FKM Universitas Indonesia
4	Anggota	I. 04	S-1 Keperawatan	S-1 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
5	Anggota	I. 05	S-2 Administrasi RS	S-2 KARS FKM Universitas Indonesia
6	Anggota	I. 06	SLTA	Perguruan Rakyat Jakarta
7	Anggota	I. 07	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
8	Anggota	I. 08	Spesialis-1 Kedokteran	Spesialis-1 FK Universitas Indonesia
9	Anggota	I. 09	S-1 Farmasi	S-1 Farmasi ITB
10	Anggota	I. 10	D-3 Gizi	D-3 Akademi Gizi Yogyakarta
11	Pelaksana Harian	I. 11	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
12	Pelaksana Harian	I. 12	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
13	Pelaksana Harian	I. 13	SLTA (SPK)	SPK Atmajaya
14	Pelaksana Harian	I. 14	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
15	Pelaksana Harian	I. 15	SPK (SLTA)	SPK Carolus
16	Pelaksana Harian	I. 16	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
17	Pelaksana Harian	I. 17	SMF (SLTA)	SMF Jakarta
18	Pelaksana Harian	I. 18	D-3 Kebidanan	STIK Carolus
19	Anggota merupakan Lakhari	I. 19	D-3 Kebidanan	STIK Carolus
20	Pelaksana Harian	I. 20	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
21	Pelaksana Harian	I. 21	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
22	Pelaksana Harian	I. 22	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
23	Pelaksana Harian	I. 23	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
24	Pelaksana Harian	I. 24	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
25	Anggota merupakan Lakhari	I. 25	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
26	Pelaksana Harian	I. 26	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
27	Pelaksana Harian	I. 27	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
28	Pelaksana Harian	I. 28	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
29	Pelaksana Harian	I. 29	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
30	Pelaksana Harian	I. 30	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
31	Pelaksana Harian	I. 31	D-3 Keperawatan	STIK Carolus
32	Pelaksana Harian	I. 32	D-3 Keperawatan	STIK Carolus

Sumber: Hasil Wawancara Mendalam, *Focus Group Discussion* dan Hasil Penelitian Dokumen

Struktur Organisasi Pandalin Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta tertuang dalam Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta 2001. Sebagian besar Informan dari Pandalin P.K. St. Carolus tidak mengetahui struktur organisasi Pandalin yang lengkap. Sosialisasi struktur organisasi ini juga dirasa kurang karena gambaran struktur itu tidak ditemukan pada tempat tertentu. Misalnya, di Sekretariat Komite Medik yang selama

ini digunakan dalam kegiatan Pandalin. Penempatan struktur organisasi di tempat seperti itu penting, sehingga anggota Pandalin dan karyawan lainnya bisa melihat dan memahami struktur organisasi Pandalin dengan jelas. Pemahaman yang jelas tentang struktur organisasi merupakan hal penting karena struktur organisasi menetapkan bagaimana tugas akan dibagi, siapa melapor kepada siapa, dan mekanisme koordinasi yang formal, serta pola interaksi yang akan diikuti.⁴

Tabel 2. Hasil Penelitian Faktor Masukan di Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta

Variabel	Hasil Penelitian
Struktur organisasi	Wawancara mendalam : sebagian mengetahui struktur organisasi Pandalin FGD : sebagian mengetahui struktur organisasi Pandalin Penelitian dokumen : ada struktur organisasi Pandalin tahun 2001 Pengamatan : tidak ditemukan struktur organisasi Pandalin
Uraian tugas dan wewenang	Wawancara mendalam : sebagian besar kurang mengetahui FGD : sebagian besar kurang mengetahui Penelitian dokumen : ada uraian tugas dalam Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial
Rencana Kegiatan	Wawancara mendalam : ada yang mengetahui dan tidak mengetahui rencana kegiatan FGD : Tidak satupun yang mengetahui Penelitian dokumen : ada rencana kerja dalam Rencana Kegiatan 2004 Pandalin P.K. St. Carolus
Ketenagaan	Wawancara mendalam : sebagian besar menyatakan bahwa semua unit terwakili sebagai anggota pandalin. Tentang syarat minimal pendidikan anggota Pandalin sebagian menyatakan untuk jabatan lain (selain Ketua dan ICN) dalam Pandalin adalah D – 3 FGD : sebagian besar Informan menyatakan bahwa semua unit terwakili. Sebagian besar menyatakan syarat minimal pendidikan anggota dan pelaksana harian Pandalin adalah tingkatan SLTA Penelitian dokumen : ada sasaran dalam Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial. Ada gambaran tingkat pendidikan dalam pedoman pandalin pengamatan : dari 44 unit yang ada, 40 unit yang terwakili.
Pendanaan	Wawancara mendalam : tidak mengetahui adanya rencana biaya Pandalin. FGD : ada yang mengetahui dan ada yang tidak mengetahui adanya rencana biaya Pandalin, sebagian besar tidak mengetahui tentang laporan keuangan Pandalin dan menyatakan tidak ada kendala dalam pendanaan Penelitian dokumen : ada rencana anggaran 2004, tidak ditemukan laporan keuangan dan dokumen yang mengatur alur penyelesaian jika ada kendala dana
Fasilitas dan sarana	Wawancara mendalam : tidak ada Sekretariat Pandalin P.K. St. Carolus dan perlengkapannya Pengamatan : tidak ada sekretariat permanen Pandalin P.K St. Carolus dan perlengkapannya
Prosedur atau ketentuan tentang organisasi dan manajemen	Wawancara mendalam : sebagian besar tidak mengetahui FGD : sebagian besar tidak mengetahui Penelitian dokumen : ada dokumen kebijakan dan prosedur kerja
Prosedur atau ketentuan tentang evaluasi dan pengendalian mutu	Wawancara mendalam : sebagian besar tidak mengetahui FGD : sebagian besar tidak mengetahui Penelitian dokumen : ada dokumen yang mengatur evaluasi dan pengendalian mutu Pandalin
Kebijakan dan dukungan direksi	Wawancara mendalam : ada bukti legalitas Pandalin berupa SK dari Direksi. FGD : ada bukti legalitas Pandalin berupa SK dari Direksi Penelitian dokumen : Ada SK Direksi tentang Revisi Keanggotaan Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Pengamatan : masing – masing anggota Pandalin P.K. St. Carolus memiliki salinan Surat Keputusan Direksi tentang Revisi Keanggotaan Pandalin Pelayanan Kesehatan St. Carolus.
Peranan komite medik	Wawancara mendalam : sebagian besar menyatakan Komite Medik sebagai perantara atau penghubung Pandalin dengan Direksi FGD : sebagian besar menyatakan ketidaktahuan mereka akan peran Komite Medik terhadap Pandalin Penelitian dokumen : ada dokumen tentang peranan komite medik

Tabel 3. Hasil Penelitian Faktor Proses di Pandalin P.K St. Carolus Jakarta

Variabel	Hasil Penelitian
Pemenuhan Struktur Organisasi Pandalin P.K. St. Carolus	Wawancara mendalam : pembentukan Pandalin P.K. St. Carolus dilakukan berdasarkan usulan dari masing – masing unit melalui Komite Medik FGD : sebagian besar menyatakan keberadaan Pandalin di bawah Komite Medik tidak tepat Penelitian dokumen : ada dokumen struktur organisasi Pandalin P.K. St. Carolus Pengamatan : secara struktur organisasi, Pandalin P.K. St. Carolus berada di bawah Komite Medik
Pelaksanaan Tugas dan Wewenang	Wawancara mendalam : pelaksanaan tugas dan wewenang belum optimal. Ada kendala dalam melaksanakan tugas dan wewenang FGD : pelaksanaan tugas dan wewenang belum optimal. Ada kendala dalam melaksanakan tugas dan wewenang. Penelitian Dokumen : secara umum pelaksanaan uraian tugas dan wewenang Pandalin itu masih kurang. Tidak ditemukan dokumen yang mengatur alur konsultasi bila ada kendala dalam pelaksanaan uraian tugas dan wewenang Pengamatan : konsultasi atas kendala pelaksanaan tugas dan wewenang dilakukan secara nonformal kepada ICN
Pelaksanaan Rencana Kegiatan	Wawancara mendalam : sebagian Informan menyatakan pelaksanaan rencana kegiatan masih kurang dan belum optimal dan ada beberapa kendala FGD : sebagian Informan menyatakan pelaksanaan rencana kegiatan masih kurang dan belum optimal dan ada beberapa kendala yang dialami. Penelitian dokumen : ada dokumen pelaksanaan rencana kegiatan dan tidak ditemukan dokumen yang mengatur alur konsultasi Pandalin bila menemukan kendala dalam melaksanakan Rencana Kegiatan Pengamatan : pelaksanaan rencana kegiatan belum optimal
Pelaksanaan Pengembangan dan Pendidikan Staf Pandalin	Wawancara mendalam : pengembangan dan pendidikan staf Pandalin dilaksanakan dengan keikutsertaan dalam pelatihan atau seminar di luar P.K. St. Carolus FGD : pengembangan dan pendidikan staf Pandalin dilaksanakan dengan keikutsertaan dalam pelatihan atau seminar di luar P.K. St. Carolus Penelitian dokumen : ada dokumen pengembangan dan pendidikan staf pandalin
Pelaksanaan Pemberian Reward atau Penghargaan bagi Pandalin	Wawancara mendalam : sebagian besar menyatakan menyatakan belum ada <i>reward</i> FGD : sebagian besar menyatakan menyatakan bahwa belum ada <i>reward</i> Penelitian dokumen : Tidak ditemukan dokumen yang mengatur pemberian <i>reward</i> Pengamatan : sudah ada <i>reward</i> bagi sebagian anggota Pandalin P.K. St. Carolus dalam bentuk keikutsertaan dalam seminar, simposium ataupun pelatihan dalin di luar P.K. St. Carolus
Pengelolaan Dana Pandalin	Wawancara mendalam : sebagian besar mengetahui pengelolaan dana tetapi tidak mengetahui tentang laporan keuangan Pandalin dan mengatakan tidak ada kendala dalam pendanaan. FGD : sebagian besar mengetahui tentang pengelolaan dana tetapi tidak mengetahui tentang laporan keuangan Pandalin Penelitian dokumen : Tidak ditemukan dokumen yang mengatur pengelolaan dana dan laporan keuangan Pandalin P.K. St. Carolus, serta tidak ditemukan dokumen yang mengatur alur penyelesaian jika ada kendala dana bagi Pandalin P.K. St. Carolus. Pengamatan : pengelolaan dana Pandalin dilakukan oleh unit – unit terkait
Penggunaan Fasilitas dan Sarana	Wawancara mendalam : Pandalin masih menggunakan fasilitas dan sarana Komite Medik. FGD : Pandalin masih menggunakan fasilitas dan sarana Komite Medik. Penelitian dokumen : ada dokumen tentang sarana prasarana yang ideal Pengamatan : menggunakan fasilitas dan peralatan di Sekretariat Komite Medik Pelayanan Kesehatan Sint. Carolus Jakarta
Pelaksanaan Rapat atau Pertemuan	Wawancara mendalam : pelaksanaan rapat Lakhar sekali sebulan dan rapat Panitia Inti sekali tiga bulan. FGD : pelaksanaan rapat Lakhar sekali sebulan dan rapat Panitia Inti sekali tiga bulan. Penelitian dokumen : ada dokumen pelaksanaan rapat atau pertemuan
Pelaksanaan Prosedur atau Ketentuan tentang Evaluasi dan Pengendalian Mutu	Wawancara mendalam : sebagian besar kurang mengetahui FGD : sebagian besar tidak mengetahui Penelitian dokumen : ada dokumen evaluasi dan pengendalian mutu
Pelaksanaan Kebijakan Direksi oleh Pandalin	Wawancara mendalam : sebagian besar mengetahui FGD : tidak tahu pelaksanaan kebijakan direksi oleh pandalin Penelitian dokumen : ada dokumen kebijakan Direksi
Pelaksanaan Peran Komite Medik terhadap Pandalin	Wawancara mendalam : cukup baik FGD : tidak tahu bagaimana pelaksanaan peran Komite Medik terhadap Pandalin Penelitian dokumen : ada dokumen Pengamatan : Komite Medik melaksanakan peranannya terhadap Pandalin

Secara mendasar, uraian tugas dan wewenang masing – masing jabatan dalam Pandalin P.K. St. Carolus yang tercantum dalam Pandalin Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta

2001, Bab III Butir B tentang Staf dan Pimpinan. Uraian tugas telah mengakomodasikan pandangan para pakar dalam kepustakaan. Uraian tugas dan wewenang ini sesuai dengan tugas dan fungsi

dokter pengendali infeksi⁵ dan paparan tentang dokter pengendali infeksi nosokomial, perawat pengendali infeksi nosokomial, dan jabatan lain dalam Pandalin di rumah sakit.⁶ Dalam penelitian diketahui bahwa hanya sebagian anggota Pandalin P.K. St. Carolus mengetahui dengan baik uraian tugas dan wewenangnya dalam jabatan pada Pandalin. Hal ini perlu menjadi perhatian karena baik-buruknya pelaksanaan tugas dan wewenang dalam organisasi ditentukan oleh pengetahuan dan pemahaman anggota akan tugas dan wewenangnya itu.

Dari keseluruhan anggota inti Pandalin yang diamati, pelaksanaan tugas dan wewenang masih kurang. Ini terbukti dengan tidak dimilikinya program kerja dan rencana anggaran pengendalian infeksi satuan kerja tahun 2004. Juga pelaksanaan tugas dan wewenang lain masih kurang. Pelaksanaan tugas dan wewenang pelaksana harian pun masih belum optimal malah bisa dikatakan rendah. Ada unit tempat anggota pelaksana harian berkarya yang tidak memiliki pencatatan harian *surveilans* infeksi nosokomial sementara unit lain memilikinya. Rendahnya pengetahuan pelaksana harian tentang pengendalian infeksi nosokomial khususnya *surveilans* dapat menyebabkan tidak terlaksananya *surveilans* di unit-unit perawatan secara baik. Pelaksanaan *surveilans* yang tidak memenuhi persyaratan akan memunculkan angka infeksi nosokomial yang dapat diragukan kebenarannya.

Seluruh informan sependapat bahwa mereka mengalami kendala dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya dalam Pandalin. Kendala-kendala yang dikemukakan sebagai berikut.

1. Tugas rangkap
2. Kurangnya pengetahuan pribadi tentang tugas dan wewenang, serta pengendalian infeksi nosokomial
3. Rendahnya pendidikan, pengetahuan, sikap dan perilaku petugas di lapangan
4. Kurangnya referensi.

Dari hasil pengamatan dapat dilihat bahwa kegiatan pengembangan dan pendidikan staf Pandalin P.K. St. Carolus masih kurang. Apalagi sebagian besar anggota Pandalin belum pernah mengikuti Pelatihan Pengendalian Infeksi Nosokomial baik di dalam maupun di luar P.K. St. Carolus. Padahal pengembangan karyawan perlu dilakukan secara terencana dan berkesinambungan. Pengembangan karyawan dirasa semakin penting karena tuntutan pekerjaan atau jabatan, sebagai akibat kemajuan teknologi.⁷ Mengenai Pengelolaan dana Pandalin P.K. St. Carolus tidak dilakukan oleh Pandalin sendiri tetapi oleh unit-unit terkait. Sebagai contoh, penggunaan

dana untuk pelatihan (kalau dilaksanakan) akan dilakukan oleh Bagian Pelatihan dan Pengembangan. Hal ini dibenarkan oleh Informan Penentu Kebijakan. Pelaporan dana juga tidak dilakukan oleh Pandalin sendiri tetapi oleh unit-unit terkait. Kepada pandalin diberikan tembusan bukti pengeluaran. Ada baiknya pengelolaan dan pelaporan dana Pandalin dilakukan oleh Pandalin itu sendiri, sehingga terjadi pembelajaran organisasi (dalam bidang keuangan khususnya) dan meningkatkan motivasi kerja karena diberi tantangan sekaligus tanggung jawab.⁸

Pandalin saat ini masih menggunakan ruangan dan perlengkapan yang ada di Sekretariat Komite Medik, walaupun ketentuan tentang fasilitas dan sarana Pandalin mencantumkan fasilitas ruang kerja dan perlengkapannya bagi Pandalin. Sangat perlu Pandalin P.K. St. Carolus segera mendapatkan sekretariat yang permanen dengan perlengkapan yang memadai karena demi kelancaran pelaksanaan program (pengendalian infeksi nosokomial) ini dibutuhkan dukungan sumber daya manusia dan sarana-sarana yang dibutuhkan.²

Pelaksanaan prosedur atau ketentuan tentang organisasi dan manajemen juga rendah. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya pelaksanaan ketentuan tersebut dapat dilihat bahwa evaluasi dan pengendalian mutu berkaitan dengan pengendalian infeksi nosokomial di P.K. St. Carolus masih rendah. Pelaksanaan ini perlu ditingkatkan secara lebih bermakna karena pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit merupakan salah satu upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat dengan menggunakan angka kejadian infeksi nosokomial sebagai indikator penilaian.⁹

Seluruh Informan mengetahui adanya dasar legalitas Pandalin Pelayanan Kesehatan St. Carolus berupa Surat Keputusan Direksi. Dasar legalitas itu dituangkan dalam Surat Keputusan Direksi Pelayanan Kesehatan St. Carolus Nomor 007/SKD/VII/2003/DM tentang Revisi Keanggotaan Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Sebagian besar Informan yang memberikan jawaban tidak mengetahui bentuk kebijakan tertulis Direksi selain Surat Keputusan bagi Pandalin. Padahal semua kebijakan itu termuat dalam Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta 2001. Sebagian besar Informan juga tidak mengetahui pelaksanaan kebijakan-kebijakan tersebut oleh Pandalin, yang dituangkan dalam Petunjuk Teknis Pengendalian Infeksi Nosokomial Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta 2001.

Dukungan Direksi bagi pelaksanaan tugas dan fungsi Pandalin merupakan hal yang sangat penting. Ini diperkuat oleh pernyataan Widodo,² tanpa adanya dukungan sumber daya, maka program apapun di rumah sakit tidak akan berjalan dengan lancar. Dukungan yang terpenting adalah dukungan yang berasal dari orang-orang yang dapat dengan mudah menggerakkan bawahannya untuk melaksanakan program ini. Selayaknya seluruh anggota Pandalin P.K. St. Carolus mengetahui dan memahami dengan baik semua bentuk kebijakan Direksi sebagai dukungan bagi pelaksanaan tugas dan fungsi Pandalin. Tentunya hal ini membutuhkan sosialisasi yang berkesinambungan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pelaksanaan tugas dan wewenang Pandalin Pelayanan Kesehatan St. Carolus rendah. Ini dibuktikan dengan masih rendahnya pengetahuan dan pemahaman serta pelaksanaan staf terhadap struktur organisasi pandalin, uraian tugas dan wewenang, dukungan, pengetahuan dan keterlibatan anggota Pandalin dalam penyusunan rencana kegiatan rendah, pelaksanaan rencana kegiatan Pandalin dan pengembangan dan pendidikan staf Pandalin rendah. Pengetahuan dan keterlibatan anggota Pandalin dalam perencanaan, pengelolaan dan pelaporan pendanaan rendah. Tidak tersedianya sekretariat Pandalin yang permanen dengan perlengkapannya. Pelaksanaan prosedur atau ketentuan pengendalian infeksi nosokomial berkaitan dengan organisasi dan manajemen rendah.

Berbagai kendala yang dihadapi Pandalin Pelayanan Kesehatan St. Carolus dalam melaksanakan tugas dan fungsinya yaitu: tugas rangkap bagi anggota Pandalin, belum adanya tenaga *full time* dalam Pandalin, kurangnya pengetahuan dan pemahaman anggota Pandalin, Kurangnya pelaksanaan pengembangan dan pendidikan staf Pandalin, serta tidak tersedianya sekretariat yang permanen dengan perlengkapannya, kurangnya referensi.

Saran

Perlu dilakukannya restrukturisasi terhadap organisasi Pandalin dengan melakukan hal-hal berikut: meneliti kembali kedudukan yang tepat bagi Pandalin dalam Struktur Organisasi Pelayanan Kesehatan St. Carolus Jakarta, menggenapi keterwakilan unit – unit dalam Pandalin, menyusun ketentuan tentang *reward* atau penghargaan bagi anggota Pandalin, baik materi maupun non materi dalam kerangka *reward system* di P.K. St. Carolus

Jakarta, menyeleksi dan menetapkan kembali keanggotaan Pandalin menyangkut kualifikasi pendidikan, pengalaman, kesediaan, dan jabatan rangkap.

Dalam hal pengembangan staf perlu dilakukannya pelatihan bagi anggota Pandalin dan melengkapi referensi bagi Pandalin, perlunya mempunyai sekretariat yang permanen dan lengkap dengan sarana dan prasarannya, sehingga mendukung tercapainya kelancaran pelaksanaan program-program Pandalin.

KEPUSTAKAAN

1. Hernawan. Upaya Peningkatan Pelayanan Medik (Suatu Pengalaman). Dalam: Seminar Sehari: Peningkatan Mutu Pelayanan Medik Di Rumah Sakit Dalam Era Kompetitif. Kanwil Depkes DKI Jakarta, Dinas Kesehatan DKI Jakarta, Ikatan Rumah Sakit Jakarta Metropolitan (IRSJAM), Jakarta. 1996.
2. Widodo, D. Organisasi dan Tata Laksana Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Pelatihan pengendalian infeksi nosokomial bagi tenaga perawat di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Jakarta. 1997.
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 983/MENKES/XI/1992: Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum. Jakarta. 1992.
4. Robins, SP. Teori Organisasi, Struktur, Desain and Aplikasi. Edisi 3. Penerbit Arcan. Jakarta. 2003
5. Gondodiputro, S. Identifikasi Faktor-Faktor Penyebab Menurunnya Kegiatan Panitia Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Tesis. Program Kajian Administrasi, Universitas Indonesia. Depok. 1996.
6. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. 2001.
7. Hasibuan, H.M.S.P. Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Revisi. PT Bumi Aksara. Jakarta. 2002.
8. Soeroso, S. Clinical Governance. Dalam: Jurnal PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia). Jakarta. 2003; 04 (September-Desember)
9. Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit RSCM. Petunjuk Teknis Pengendalian Infeksi Nosokomial RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo. Edisi 2. Jakarta. 1999a.

DETERMINAN KEPUASAN DOKTER PUSKESMAS TERHADAP SISTEM PEMBAYARAN KAPITASI PESERTA WAJIB PT. ASKES DI KABUPATEN DONGGALA PROVINSI SULAWESI TENGAH

THE DETERMINANTS OF COMMUNITY HEALTH CENTER DOCTORS SATISFACTION WITH CAPITATION PAYMENT SYSTEM OF PT ASKES PARTICIPANTS AT DONGGALA DISTRICT, CENTER SULAWESI

I Gede Made Wintera¹ dan Julita Hendrartini²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, Sulawesi Tengah

²Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Capitation payment system is a prospective payment mechanism which affects cost efficiency and service quality. However, the implementation of capitation payment system brings some problems; one of them is doctors' lack of understanding about capitation payment system and terms of cooperation contract between health service provider and PT. Askes. This is a challenge needing serious attention because this can affect health quality service given to PT. Askes participants.

Objectives: The study was meant to know satisfaction of community health service doctors' with capitation payment system of PT. Askes participants at Donggala District.

Method: This was an analytical study which used cross sectional design. Research instruments used were close questionnaires, open questionnaires and guided interview. The populations were all doctors of community health centers at Donggala District. Samples taken were full sampling comprising 20 general practitioners and 6 dentists from 22 community health centers. Data were descriptively analyzed then statistically tested using Rank Correlation analyses.

Result: Most of doctors had low satisfaction with capitation payment system although 76.9% of them had good knowledge about the system. Respondents' length of work was mostly less than 10 years (84.6%) and the number of PT. Askes participants registered in each community health center was 500 people and there were 4 community health centers. Statistical test showed that there was no significant relationship between knowledge, and medical recuperation with satisfaction ($r=0.316$, $p=0.115$ and $r=0.220$, $p=0.281$), whereas length of work and number of participants had significant relationship with satisfaction of community health center doctors ($r=0.434$, $p=0.027$ and $r=0.405$, $p=0.040$) with capitation payment system.

Conclusion: Most of doctors at community health centers were dissatisfied with capitation payment system, especially with capitation remuneration. The bigger number of participants and the longer a doctor worked the higher his/her satisfaction about capitation payment system.

Keywords: Capitation payment, doctor's satisfaction, health insurance

PENGANTAR

Pembayaran kapitasi merupakan konsep pemberian imbalan jasa pada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) berdasarkan jumlah jiwa (kapita) yang menjadi tanggung jawab sebuah PPK tanpa memperhatikan jumlah pelayanan pada suatu waktu tertentu. Berdasarkan pengalaman di berbagai negara, khususnya Amerika Serikat, konsep kapitasi dapat menumbuhkan pelayanan kesehatan yang efisien dengan melalui perubahan orientasi pelayanan ke arah pencegahan, serta perencanaan pemberian pelayanan kesehatan yang lebih baik. Konsep kapitasi dapat dilaksanakan untuk sebagian pelayanan atau menyeluruh.¹

Konsep kapitasi total diujicobakan di lima kabupaten/kota pada tahun 1990, kemudian pada tahun 1993 penerapan program kapitasi total dikembangkan secara selektif di seluruh Indonesia. Jumlah kabupaten/kota yang menerapkan sistem pembayaran kapitasi total terus berkembang, sehingga program kapitasi total merupakan salah satu Trias Prima PT. Askes. Sampai tahun 2000 jumlah kabupaten/kota yang telah menerapkan program kapitasi total sebanyak 282 kabupaten/kota atau 86,15% dari jumlah kabupaten/kota yang ada di seluruh Indonesia.²

Dengan penerapan konsep kapitasi total, diharapkan akan menumbuhkan kerja sama yang

lebih baik antara PPK, adanya *transfer of knowledge* antara dokter ahli dengan dokter umum, serta kebutuhan akan standar-standar pelayanan untuk memperoleh efisiensi. Selain itu, diharapkan terjadi efisiensi melalui penurunan LOS, pemakaian obat yang rasional, sehingga kecenderungan biaya pelayanan kesehatan relatif lebih terkendali. Adapun dari aspek manajemen, adanya kapitasi total merupakan dorongan ke arah proses desentralisasi, serta adanya keterbukaan antara berbagai pihak.¹

Sistem pembayaran kapitasi juga telah diterapkan di Kabupaten Donggala sejak tahun 1996 yang merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Tengah. Luas wilayahnya sekitar 9.208 km² dan jumlah penduduk 405.162 jiwa dengan kepadatan rata-rata 45 jiwa per km². Adapun sarana kesehatan yang dimiliki dalam upaya mendukung program pelayanan kesehatan meliputi: 22 buah puskesmas induk, 16 buah di antaranya merupakan puskesmas dengan tempat tidur. Selain puskesmas juga terdapat 128 buah puskesmas pembantu, 205 buah polindes, 14 buah puskesmas keliling, dan 1 buah rumah sakit swasta.

Jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Donggala sebanyak 564 orang, 90 orang di antaranya bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten dan selebihnya terdistribusi di 22 wilayah puskesmas dan RS.³ Jumlah peserta wajib PT. Askes dan anggotanya di Kabupaten Donggala tercatat sebanyak 20.079 jiwa yang tersebar di semua puskesmas, dengan besaran kapitasi untuk rawat jalan tingkat pertama sebesar Rp1.000,00 per jiwa per bulan⁴, sedangkan besaran tarif retribusi pelayanan dasar untuk pasien rawat jalan sebesar Rp1.500,00.⁵

Dalam konsep kapitasi, dorongan adanya upaya-upaya promotif dan preventif sangat besar, sehingga konsep kapitasi secara intrinsik memang akan merubah orientasi pelayanan dari kuratif ke preventif dengan sangat mempertimbangkan dampak ekonomi dari upaya preventif tersebut. Berbagai kegagalan penerapan sistem pembayaran kapitasi di Indonesia dan penolakan PPK untuk dibayar secara kapitasi sangat terkait dengan sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang didasarkan pada besaran tarif yang ditetapkan dalam SK Menkes-Mendagri yang merupakan perwujudan subsidi pemerintah bagi pegawai negeri. Pada awalnya para dokter (PPK) menolak cara pembayaran kapitasi ini, karena dinilai bertentangan dengan otonomi profesi kedokteran. Di sisi lain dokter hanya menjadi alat untuk mencari keuntungan, sementara para dokter inilah yang menghadapi keluhan pasien dan gugatan hukum jika terjadi malpraktik.⁶

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi dan mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi peserta wajib PT. Askes di Kabupaten Donggala.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan rancangan *cross sectional* yang bertujuan untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi peserta wajib PT. Askes. Sebagai populasi dalam penelitian ini adalah semua dokter di puskesmas se-Kabupaten Donggala yaitu sebanyak 26 orang. Pengambilan sampel dilakukan secara sampling jenuh yaitu semua dokter umum dan dokter gigi yang ada di 22 puskesmas, dengan kriteria masa kerja minimal 1 tahun.

Variabel penelitian terdiri dari variabel bebas yang meliputi: pengetahuan, masa kerja, jumlah peserta, dan besaran jasa medik. Variabel terikat adalah kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner tertutup dan kuesioner terbuka untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi. Selain kuesioner, juga menggunakan panduan wawancara agar memperoleh data kualitatif untuk mendukung hasil analisis kuantitatif tentang kepuasan, tanggapan, dan harapan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi yang diterapkan di puskesmas.

Data disajikan dalam bentuk tabel yang menggambarkan distribusi variabel seperti karakteristik responden, pengetahuan, tingkat kepuasan dokter dan jumlah peserta, kemudian masing-masing variabel akan dianalisis secara diskriptif dan selanjutnya diuji menggunakan analisis *Rank Correlation*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 26 responden yang diteliti, 53,8% responden berjenis kelamin perempuan, sedangkan berdasarkan kelompok umur, sebagian besar responden berumur relatif muda antara 30 – 40 tahun yaitu sebanyak 61,6%. Pendidikan terakhir responden yang paling dominan adalah dokter umum sebanyak 76,9% dan 73,1% berstatus sebagai pegawai negeri sipil.

2. Jumlah Peserta Askes yang Terdaftar di Puskesmas

Jumlah peserta Askes yang terdaftar di puskesmas dikelompokkan menjadi lima bagian seperti terlihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Jumlah Peserta Askes yang Terdaftar di Puskesmas di Kabupaten Donggala

Jumlah Peserta	Jumlah Puskesmas	%
< 500	11	50,0
500 – 1.000	3	13,6
1.001 – 1.500	3	13,6
1.501 – 2.000	1	4,6
> 2.000	4	18,2
Total	22	100

Tabel 1 di atas menunjukkan sebagian besar puskesmas (50,0%) memiliki jumlah peserta Askes yang relatif kecil yaitu di bawah 500 orang, sedangkan yang memiliki jumlah peserta di atas 2.000 hanya 18,2%. Jumlah peserta Askes keseluruhan sebesar 20.079 orang yang tersebar di 22 puskesmas dengan jumlah kepesertaan sangat bervariasi. Jumlah peserta minimum hanya 24 orang dan maksimum 3.102 orang dengan rata-rata jumlah peserta 913 orang.

3. Masa Kerja Responden

Masa kerja responden dikategorikan menjadi 4 kelompok yaitu di bawah 5 tahun, 5-10 tahun, 11-15 tahun, dan di atas 15 tahun. Hasil penelitian menunjukkan 84,6% responden memiliki masa kerja 10 tahun ke bawah, sedangkan masa kerja di atas 15 tahun cukup kecil yaitu hanya 7,7%. Masa kerja responden juga sangat bervariasi mulai dari masa kerja 1 tahun sampai 22 tahun, dengan rata-rata masa kerja selama 6 tahun.

4. Rasio Kunjungan Pasien Askes

Rasio kunjungan pasien Askes dibagi dalam 4 kategori yaitu <15%, 15-20%, 21-25%, dan >25%. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar puskesmas mempunyai rasio kunjungan di atas 25%, sedangkan rasio kunjungan di bawah 15% hanya 4,6%. Rasio kunjungan paling rendah terdapat di Puskesmas Tompe yaitu 13,6% dan rasio kunjungan paling tinggi 41% terjadi di Puskesmas Labuan, sedangkan kunjungan rata-rata 22,9% setiap bulan.

5. Rasio Rujukan Pasien Askes

Rasio rujukan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu < 7%, 7%-10%, dan >10%. Hasil penelitian

menggambarkan sebagian besar puskesmas (72,8%) merujuk pasien Askes ke PPK tingkat lanjutan di atas 10%, sedangkan puskesmas yang merujuk di bawah 7% hanya 13,6%. Rasio rujukan minimal sebesar 5,4% terjadi di Puskesmas Tambu dan maksimal 24% terjadi di Puskesmas Lembasada, sedangkan rata-rata rasio rujukan sebesar 14,1%. Menurut standar nasional², rasio rujukan yang baik adalah 7%-10%, rasio di bawah 7%, dan di atas 10% termasuk kriteria buruk.

6. Distribusi Tingkat Pengetahuan Dokter Puskesmas

Berdasarkan penjumlahan nilai skor, tingkat pengetahuan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi menggunakan dua kategori yaitu kategori baik dan kurang. Maka, diperoleh hasil bahwa tingkat pengetahuan dokter puskesmas sebagian besar baik, yaitu 20 responden (76,9%), sedangkan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 6 responden (23,1%).

Hasil penelitian di atas didukung oleh beberapa pernyataan yang menunjukkan bahwa responden memiliki pengetahuan yang cukup baik tentang sistem pembayaran kapitasi, seperti pernyataan berikut ini.

“.....pembayaran kapitasi memberi peluang kepada puskesmas untuk mengatur dana Askes lebih efisien.....lebih mengutamakan upaya kesehatan ke arah preventif dan promotif...agar dana yang didapat lebih efisien untuk dapat digunakan untuk hal-hal yang lain”

(responden 11)

“.....pembayaran kapitasi sudah cukup bagus....sistem kapitasi yang diterapkan memungkinkan pengobatan itu lebih efektif tidak mengada-ada dibanding per klaim,.....mungkin saja kita menganjurkan pasien begini lagi-begini lagi,jadi pengobatan sekarang itu lebih efektif dan efisien....mudah-mudahan ini bisa dipertahankan terus”

(responden 6)

7. Distribusi Tingkat Kepuasan Dokter Puskesmas

Tingkat kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu kategori tinggi dan rendah. Dari penjumlahan skor nilai kepuasan diperoleh hasil seperti Tabel 2.

Tabel 2. Tingkat Kepuasan Dokter Puskesmas terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi

Tingkat Kepuasan	Jumlah	%
Tinggi	11	42,3
Rendah	15	57,7
Total	26	100

Dari Tabel 2 terlihat bahwa sebagian besar 15 responden (57,7%) dokter puskesmas mempunyai tingkat kepuasan yang rendah, sedangkan yang memiliki tingkat kepuasan tinggi hanya 11 responden (42,3%). Hasil penelitian ini dipertegas oleh keluhan beberapa dokter puskesmas yang menyatakan tidak puas dengan sistem pembayaran kapitasi ini selain karena jumlahnya kecil, pembayarannya terlambat dan juga tidak tahu jumlah riil peserta di lapangan, sebagaimana terungkap dalam pernyataan berikut.

“bagaimana merasa puas kalau pembayarannya selalu ada keterlambatan.....jadi tidak tepat waktu.... misalnya dari bulan mei kita terima bulan juli....sekarang sudah bulan agustus yang bulan juli belum kita terima.....”
(responden 7)

”pasien umum datang berobat kan bayar 2.000 rupiah kemudian sistem kapitasi yang dibayar ke kita hanya 1.000 rupiah, kan beda sekali, sementara obat yang kita berikan sama.....kalau bisa usul dari 1.000 rupiah ditingkatkan menjadi 2.000 rupiah”
(responden 10)

Walaupun sebagian besar responden menyatakan tidak puas dengan sistem kapitasi ini, tetapi ada pula responden yang menganggap bahwa sistem ini cukup bagus dan perlu dipertahankan, seperti pernyataan berikut.

“.....Sistem pembayaran kapitasi ini cukup baik karena dapat menyederhanakan hubungan Askes dengan kesehatan, namun perlu perhitungan ulang terutama yang menyangkut pelayanan tindakan”
(responden 7)

“.....Kerja sama ini perlu dilanjutkan, hanya saja mungkin besarnya kapitasi ditingkatkan.....dan kalau bisa pembayaran ke puskesmas itu tepat waktulah.....”
(responden 9)

8. Besaran Jasa Medis Sistem Pembayaran Kapitasi

Jasa medis atau jasa pelayanan kesehatan di Kabupaten Donggala ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Bupati Nomor 188.45/0328/Dinkes/X/04, tentang Penggunaan Dana Askes oleh Puskesmas, yaitu sebesar 30% dari jumlah kapitasi yang diterima. Penetapan jasa medis sebesar 30% dari dana kapitasi dirasakan terlalu kecil dan tidak seimbang dengan dana yang harus disetor ke Dinas Kesehatan dan Pemda sebagai PAD, sebagaimana penuturan seorang dokter puskesmas:

“.....stor ke dinas 35 persen, untuk obat 35 persen dan 30 persen jasa medis.....selama ini kita ambil 3 bulan supaya agak besar sedikit....kayaknya kurang juga, pembagiannya itu mau ambil obat kadang-kadang ndak cukup....kunjungan Askes besar kadang melebihi target, obat Askes kadang habis dipakai.....sebaiknya setor ke dinas diperkecil saja, ke puskesmas diperbesar.....”
(responden 2)

Hasil perhitungan besaran jasa medis riil yang diterima oleh dokter umum maupun dokter gigi, dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil Perhitungan Besaran Jasa Medik yang Diterima Dokter dalam Sistem Pembayaran Kapitasi

Uraian	Rata-Rata	Maksimum	Minimum
Jumlah kapitasi per bulan	Rp912.682,00	Rp3.102.000,00	Rp24.000,00
Jumlah jasa medis per bulan	Rp273.805,00	Rp930.000,00	Rp7.200,00
Jumlah kunjungan per bulan	209 orang	726 orang	8 orang
Jasa medis riil per kunjungan per pkm	Rp1.312,00	Rp2.201,00	Rp731,00
Jasa medis riil per bulan :			
- dokter umum	Rp93.965,00	Rp372.240,00	Rp2.880,00
- dokter gigi	Rp88.365,00	Rp158.340,00	Rp6.840,00
Jasa medis riil per kunjungan			
- dokter umum	Rp450,00	Rp788,00	Rp255,00
- dokter gigi	Rp424,00	Rp526,00	Rp216,00

Dari hasil perhitungan, diperoleh bahwa puskesmas yang menerima dana kapitasi paling rendah adalah Puskesmas Dombusoi yaitu Rp24.000,00 setiap bulan, sedangkan puskesmas yang menerima dana kapitasi paling besar yaitu Rp3.102.000,00 adalah Puskesmas Biromaru, karena jumlah pesertanya cukup banyak dan lokasi puskesmas memang paling dekat dengan kota. Bila dilihat dari perbedaan penerimaan dana kapitasi antara puskesmas yang satu dengan puskesmas yang lain, terjadi kesenjangan yang sangat tinggi. Kesenjangan tersebut terjadi karena jumlah peserta dihitung berdasarkan peserta yang berada di wilayah kerja puskesmas masing-masing. Besarnya kesenjangan tersebut mengakibatkan besaran jasa medis riil per kunjungan rata-rata hanya Rp1.312,00. Bila jasa medis tersebut dibandingkan dengan jasa medis pasien non-Askes (40% dari besaran tarif Rp1.500,00), terlihat bahwa besaran jasa medis dari Askes lebih besar dibandingkan dengan besaran jasa medis pasien non-Askes yang hanya Rp600,00. Melihat keadaan saat ini, besaran tarif yang Rp1.500,00 memang dirasakan sangat kurang sehingga secara terus terang seorang dokter puskesmas mengatakan:

“.....tarif ya sesuai dengan perda yang terakhir itu 1.500 rupiah per orang, tapi dalam kenyataannya kami tidak menarik seperti itu, artinya 1.500 rupiah itu hanya untuk obat.....jadi kalau pemeriksaan leb seperti pemeriksaan malaria dan Hb kita tambah lagi, jadi kita tarik sesuai dengan pelayanan yang diberikan.....”

(responden 4)

9. Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

Untuk melihat hubungan masing-masing variabel bebas terhadap kepuasan dokter puskesmas dalam sistem pembayaran kapitasi yang diterapkan PT. Askes, digunakan uji statistik *Rank Correlation*, dan hasilnya dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Hubungan Variabel Bebas terhadap Kepuasan Dokter Puskesmas dalam Sistem Pembayaran Kapitasi

Variabel Bebas	Uji Statistik	Kepuasan	
		r	p
Pengetahuan	<i>Rank Correlation</i>	0,316	0,115
Masa kerja	<i>Rank Correlation</i>	0,434	0,027*
Jumlah Peserta	<i>Rank Correlation</i>	0,405	0,040*
Besaran Jasa Medis	<i>Rank Correlation</i>	0,220	0,281

Dari uji *Rank Correlation* diperoleh hasil bahwa pengetahuan dan besaran jasa medis tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap kepuasan. Adapun masa kerja dan jumlah peserta menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap kepuasan dokter puskesmas dengan keamatan hubungan yang sedang ($r=0,434$; $p=0,027$ dan $r=0,405$; $p=0,040$). Artinya semakin lama masa kerja, semakin tinggi tingkat kepuasan. Semakin banyak jumlah peserta, semakin tinggi pula tingkat kepuasan dokter puskesmas.

PEMBAHASAN

1. Hubungan Pengetahuan dan Kepuasan Dokter Puskesmas

Setelah dilakukan uji statistik, diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi. Bila dilihat dari distribusi tingkat pengetahuan, sebagian besar (76,9%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik terhadap sistem pembayaran kapitasi karena memang sistem pembayaran kapitasi di Kabupaten Donggala sudah cukup lama diterapkan. Begitu juga hasil penelitian serupa yang dilakukan di daerah lain menunjukkan bahwa 56,7% PPK mempunyai tingkat pengetahuan yang baik terhadap sistem pembayaran kapitasi total di Kota Yogyakarta.⁷ Tingkat pengetahuan responden yang tinggi bisa disebabkan karena sejak tahun 1996 sistem pembayaran kapitasi ini sudah diterapkan. Apalagi dengan masa kerja responden yang rata-rata di atas 6 tahun, sehingga sudah sering terpapar dengan informasi-informasi tentang sistem pembayaran kapitasi.

Walaupun hasil penelitian ini secara umum menyatakan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik, tetapi ada hal yang sangat penting yang perlu dipahami oleh responden yaitu tentang penerimaan besaran kapitasi yang dianggap lebih kecil dibandingkan dengan biaya pasien umum. Sebagaimana hal itu disebutkan bahwa pasien Askes membayar kapitasi Rp1.000,00, sedangkan pasien umum Rp1.500,00. Apabila besaran kapitasi dihitung berdasarkan jumlah peserta Askes di Kabupaten Donggala yaitu 20.079 jiwa, rasio kunjungan rata-rata 22,9% dengan besaran kapitasi Rp1.000,00, maka diperoleh hasil bahwa pasien Askes membayar biaya pelayanan Rp4.367,00 per kunjungan. Apalagi kalau dihitung berdasarkan jumlah dana kapitasi yang dialokasikan ke

puskesmas yaitu 65%, maka diperoleh hasil bahwa pasien Askes membayar biaya pelayanan kesehatan Rp2.838,00 per kunjungan memang lebih besar dari tarif Perda untuk pasien umum.

Fakta yang terjadi adalah pasien umum tidak membayar sesuai tarif Perda, tetapi membayar sebesar Rp5.000,00 per kunjungan. Artinya, dengan rasio kunjungan 22,9% dan alokasi biaya 65% dari biaya kapitasi, pasien Askes membayar biaya pelayanan kesehatan lebih kecil bila dibandingkan dengan pasien umum.

Dalam sistem pembayaran kapitasi, walaupun tingkat pengetahuan dokter puskesmas baik, tetapi bila besaran kapitasi yang diterima dirasakan terlalu kecil dan tidak adil, maka bisa menimbulkan ketidakpuasan. Secara teoritis memang pengetahuan dapat mempengaruhi tingkat kepuasan, tetapi realita di lapangan ternyata hasilnya berbeda.

Beberapa penelitian yang berkaitan dengan pengetahuan juga telah dilakukan. Sebagaimana penelitian yang dilakukan Karyati⁸ terhadap dokter keluarga di Kota Medan yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepuasan terhadap pembayaran kapitasi. Lebih jauh dikemukakan bahwa walaupun pengetahuan baik, tetapi kalau terdapat perbedaan antara harapan dan kenyataan yang diperoleh maka kepuasannya akan rendah. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan Sarah⁹ terhadap kepala puskesmas di Kabupaten Sleman menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan tingkat kepuasan kepala puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi.

2. Hubungan Masa Kerja dengan Tingkat Kepuasan

Masa kerja merupakan salah satu faktor yang diduga dapat mempengaruhi kepuasan dokter puskesmas dalam melayani pasien Askes. Dari analisis hubungan masa kerja dengan kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi, diperoleh hasil yang bermakna ($r=0,434$, $p=0,027$), artinya ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kepuasan. Semakin lama masa kerja dokter puskesmas, semakin tinggi kepuasannya dalam melayani pasien Askes.

Sebuah teori yang dikemukakan Muchlas¹⁰, menyatakan bahwa masa kerja berhubungan erat dengan umur seseorang. Semakin bertambah umur semakin lama masa kerja dan semakin meningkat pula tingkat kepuasannya. Pada umumnya seseorang yang masa kerjanya lebih lama mempunyai kepuasan yang lebih tinggi daripada seseorang yang masa kerjanya lebih

sedikit. Sebagaimana diungkapkan Robbins¹¹, bahwa masa kerja dan kepuasan saling berkaitan positif.

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa masa kerja responden sebagian besar di bawah 5 tahun dan hanya sebagian kecil di atas 15 tahun. Responden yang masa kerjanya tinggi memungkinkan kepuasannya juga lebih baik karena mempunyai pengalaman yang lebih banyak, sehingga dapat merencanakan penggunaan dana dengan lebih cermat, lebih efisien, dan efektif, yang pada akhirnya berpengaruh kepada tingkat kepuasan. Begitu juga sebaliknya, bersamaan dengan kurangnya sosialisasi PT Askes kepada dokter puskesmas yang masa kerjanya rendah, mengakibatkan pengalaman kerja sama dengan Askes menjadi relatif baru bagi dokter tersebut. Hal ini juga menyebabkan pengalaman dan pemahaman dokter puskesmas tentang sistem pembayaran kapitasi sangat terbatas, sehingga menimbulkan tingkat kepuasan yang rendah.

3. Hubungan Jumlah Peserta dengan Tingkat Kepuasan

Hasil analisis hubungan jumlah peserta dengan kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi menunjukkan hasil yang bermakna ($r=0,405$, $p=0,040$), artinya terdapat hubungan antara jumlah peserta dengan kepuasan dokter puskesmas. Hal ini disebabkan karena semakin banyak jumlah peserta, semakin kecil kemungkinan risiko kerugian yang dihadapi oleh dokter puskesmas dalam melayani pasien Askes. Hasil penelitian ini juga didukung teori yang dikemukakan Murti¹², yang menyatakan bahwa pengaruh, peran, dan peluang akan besar sekali ketika jumlah anggota asuransi kesehatan yang diperoleh seorang dokter tidak cukup besar. Pengaruh ini dapat menguntungkan dan dapat merugikan. Seorang dokter dengan anggota kurang dari 300 orang akan mengarah kepada keluaran yang merugikan, karena sebagian besar anggota memiliki masalah-masalah medis dengan biaya besar. Agar sistem pembayaran kapitasi membawa keuntungan bagi semua pihak, maka harus diperhatikan jumlah peserta sesuai dengan hukum bilangan besar (*the law of large number*), sehingga risiko terbagi ke banyak peserta dan pendapatan menjadi lebih besar.¹³

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa setiap dokter puskesmas rata-rata melayani peserta sebanyak 913 orang dan 50% puskesmas memiliki peserta di bawah 500 orang, yang memungkinkan dokter puskesmas mempunyai risiko kerugian cukup besar, sehingga menimbulkan

ketidakpuasan terhadap sistem pembayaran kapitasi tersebut.

Selain itu, sistem kapitasi total yang diterapkan di Kabupaten Donggala adalah Model Kapitasi Total Basis Kabupaten. Oleh karena itu, sistem kontrak atau perjanjian kerja sama dilakukan tidak langsung dengan puskesmas tetapi melalui pihak ketiga yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala. Sistem kontrak seperti ini membuat pihak puskesmas kurang mengetahui hak dan kewajiban dalam sistem pembayaran kapitasi ini. Ketidakpuasan dokter puskesmas selain disebabkan oleh jumlah peserta, juga oleh sistem kontrak. Sebagaimana dikeluhkan oleh beberapa dokter puskesmas yang menyatakan bahwa jumlah riil peserta di lapangan tidak sesuai dengan apa yang dibayarkan oleh Askes, dan alokasi jumlah peserta sering berubah-ubah, sehingga mereka sering tidak mengetahui apakah kapitasi yang diterima sudah sesuai dengan jumlah peserta atau belum. Hal inilah yang memungkinkan tingkat kepuasan dokter puskesmas sebagian besar rendah dalam melayani pasien wajib PT Askes.

4. Hubungan Besaran Jasa Medis dengan Tingkat Kepuasan

Dari hasil analisis, hubungan antara besaran jasa medis dengan kepuasan dokter puskesmas menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel tersebut ($r=0,220$, $p=0,281$). Hal ini mengisyaratkan bahwa walaupun besaran jasa medis meningkat, belum tentu kepuasan juga meningkat kalau tidak diikuti dengan keadilan dalam proporsi pembayaran.

Besaran jasa medis merupakan bagian tak terpisahkan dalam sistem pembayaran kapitasi yang diduga dapat mempengaruhi tingkat kepuasan karena besaran jasa medislah yang diterima langsung oleh dokter puskesmas. Ditolaknyanya hipotesis di atas disebabkan oleh besaran jasa medis yang diterima dokter puskesmas terlalu kecil, sehingga tidak berhubungan secara bermakna dengan tingkat kepuasan. Besaran jasa medis yang diterima oleh dokter puskesmas dari pasien Askes setiap bulan relatif kecil bila dibandingkan dengan penerimaan jasa medis dari pasien non-Askes, yang mengakibatkan sebagian besar responden tidak puas. Ketidakpuasan ini dirasakan responden bukan hanya karena kecilnya jasa medis Tetapi juga disebabkan oleh ketidakadilan dalam proporsi pengalokasian dana kapitasi yang dirasakan tidak seimbang yang di tingkat kabupaten terlalu besar 35%, sedangkan untuk jasa medis di puskesmas hanya 30%. Hal itu didukung teori yang diungkapkan oleh Schuler¹⁴, bahwa hubungan

antara kepuasan dengan imbalan uang akan positif bila dipenuhi tiga dimensi imbalan uang yaitu keadilan pembayaran, tingkat kewajaran pembayaran, dan praktik administrasi pembayaran.

Berdasarkan perhitungan di atas, terlihat bahwa rata-rata jumlah jasa medis atau jasa pelayanan yang diterima puskesmas setiap bulan sebesar Rp273.805,00, dari Rp912.682,00 rata-rata kapitasi yang dialokasikan ke puskesmas. Apabila rata-rata jasa medis dibagi dengan jumlah kunjungan yang setiap bulan rata-rata 209 orang, maka hanya memperoleh Rp1.312,00 jasa medis riil per kunjungan.

Unit analisis dalam penelitian ini adalah dokter puskesmas maka penerimaan jasa medis per kunjungan dari PT. Askes bila dihitung berdasarkan ketentuan yang ada, maka besaran jasa medis yang diterima oleh dokter umum Rp450,00, dan yang diterima oleh dokter gigi Rp424,00. Jumlah tersebut lebih kecil dari penerimaan jasa medis dari pasien non-Askes (40% dari Rp5.000,00). Kalau dihitung berdasarkan proporsi perhitungan yang sama, maka besaran jasa medis yang diterima dari pasien non-Askes untuk dokter umum Rp725,00, dan dokter gigi Rp517,00. Walaupun besaran jasa medis dari pasien Askes lebih kecil dibandingkan besaran jasa medis dari pasien non-Askes. Akan tetapi, beberapa responden mengharapkan agar kerja sama dengan PT. Askes tetap dilanjutkan dan berharap kalau bisa besaran kapitasi ditingkatkan.

Bila dilihat secara umum, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar tingkat kepuasan dokter puskesmas dalam sistem pembayaran kapitasi yang diterapkan PT. Askes di Kabupaten Donggala masih rendah. Ketidakpuasan ini dirasakan karena besaran kapitasi dianggap sangat kecil, bersifat tidak adil, keterlambatan dalam pembayaran, sulitnya mengklaim biaya rawat inap dan adanya penggunaan yang berlebih oleh pasien Askes. Memang dari hasil perhitungan, besaran kapitasi yang dialokasikan ke puskesmas yang hanya 65% dengan rasio kunjungan 22,9%, ternyata pasien Askes membayar biaya pelayanan kesehatan lebih kecil bila dibandingkan dengan biaya yang harus ditanggung oleh pasien umum. Begitu juga dengan rawat inap yang dikeluhkan oleh responden sangat sulit karena memang dalam kapitasi total dana yang dialokasi ke puskesmas mencakup dana kapitasi RJTP yang langsung diterima puskesmas, dan dana rawat inap tingkat I, serta jasa tindakan yang harus diklaim ke PT. Askes.

Walaupun responden memiliki kepuasan yang rendah terhadap sistem pembayaran kapitasi ini. Tetapi pada saat yang bersamaan mereka tetap mengharapkan agar kerja sama dengan PT. Askes

tetap dipertahankan. Memang harus disadari bahwa sangat sulit mengukur tingkat kepuasan dan tolok ukur tingkat kepuasan yang mutlak tidak ada, karena setiap individu berbeda standar kepuasannya. Lebih jauh Hasibuan¹⁵, menjelaskan bahwa ada 7 faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan, yaitu: 1) balas jasa yang adil dan layak, 2) penempatan yang tepat sesuai keahlian, 3) berat ringannya pekerjaan, 4) suasana dan lingkungan kerja, 5) peralatan yang menunjang pelaksanaan pekerjaan, 6) sikap pimpinan dalam kepemimpinannya, 7) sifat pekerjaan monoton atau tidak monoton.

Beberapa penelitian telah dilakukan tentang kepuasan PPK terhadap sistem pembayaran kapitasi, menunjukkan hasil yang berbeda-beda. Penelitian yang dilakukan oleh Sarah⁹, terhadap kepala puskesmas di Kabupaten Sleman, yang menyimpulkan bahwa tingkat kepuasan kepala puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi umumnya rendah. Hasil yang sama juga diperoleh Bermansyah¹⁶ dalam penelitiannya terhadap dokter keluarga di Kota Bengkulu dan Kabupaten Rejang Lebong yang menyatakan bahwa 92% dokter keluarga tidak puas dengan sistem pembayaran kapitasi. Hal ini diakibatkan oleh kapitasi terlalu kecil dan tingginya angka kunjungan, serta tidak transparannya PT. Askes Cabang Bengkulu mengenai keuangan dan jumlah peserta. Namun demikian, di sisi lain beberapa hasil penelitian dan survey menunjukkan tingkat kepuasan PPK yang cukup tinggi. Penelitian yang dilakukan Chotimah¹⁷, menunjukkan hasil bahwa 80,98% dokter keluarga merasa puas dalam melayani pasien Askes, sedangkan 19,02% merasa tidak puas dengan hal tersebut.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan dokter keluarga adalah gaji dengan kontribusi 73,57%, dan kebijakan administrasi 39,04%. Begitu juga halnya dengan hasil survey tentang kepuasan pelanggan PT. Askes sebagaimana diungkapkan Subawa¹⁸, bahwa 86,4% PPK menyatakan puas dan lebih dari 85,92% peserta menyatakan puas bekerja sama dengan PT. Askes.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Sebagian besar dokter puskesmas tidak puas terhadap sistem pembayaran kapitasi peserta wajib PT. Askes di Kabupaten Donggala.
2. Tidak ada hubungan antara pengetahuan, besaran jasa medis dengan tingkat kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi peserta wajib PT. Askes di Kabupaten Donggala.

3. Ada hubungan antara jumlah peserta dan masa kerja dengan tingkat kepuasan, artinya semakin banyak jumlah peserta dan lama masa kerja, maka semakin tinggi pula tingkat kepuasannya.
4. Berdasarkan data kualitatif, faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan dokter puskesmas dikarenakan besaran kapitasi dianggap sangat kecil, keterlambatan dalam pembayaran dan sulitnya mengklaim biaya rawat inap.

Saran

1. PT. Askes perlu melakukan sosialisasi secara intensif dan lebih transparan tentang implementasi sistem pembayaran kapitasi terhadap dokter puskesmas untuk meningkatkan pemahaman tentang besaran kapitasi yang sangat kecil dan tata cara melakukan klaim rawat inap yang dianggap sulit.
2. Agar sistem pembayaran kapitasi memberi keuntungan bagi semua pihak, PT. Askes perlu mempertimbangkan jumlah peserta minimal pada setiap puskesmas (sesuai hukum bilangan besar), sehingga tidak menimbulkan kerugian di pihak puskesmas, atau dengan menerapkan pembayaran *fee for service* untuk puskesmas yang pesertanya terlalu kecil.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala dan PT. Askes Cabang Palu perlu melakukan pertemuan koordinasi dengan Puskesmas untuk membahas permasalahan yang dihadapi dan memberikan penjelasan lebih rinci tentang proporsi pengalokasian dan penggunaan dana serta jumlah peserta terdaftar.
4. Perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai faktor-faktor lain yang mempengaruhi tingkat kepuasan PPK tentang sistem pembayaran kapitasi yang diterapkan oleh PT. Askes, misalnya: faktor umur, pendidikan, jenis kelamin, sistem kontrak, atau pendapatan dari non-Askes.

KEPUSTAKAAN

1. Sulastomo. Asuransi Kesehatan Indonesia (Tinjauan dari Aspek Perkembangan Sistem Pelayanan dan Pembinaan Kesehatan), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta.1998.
2. Persero (PT) Asuransi Kesehatan Indonesia. Pedoman Penerapan Kapitasi Total. PT. Askes, Jakarta. 2002.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala. Profil Kesehatan Kabupaten Donggala, Donggala. 2003.

4. Persero (PT) Asuransi Kesehatan Indonesia. Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia, Nomor: 999A/Menkes/SKB/VIII/2002, Nomor: 37A Tahun 2002. 2003.
5. Bupati Donggala. Peraturan Daerah Kabupaten Donggala tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Pusat Kesehatan Masyarakat, Nomor: 1 Tahun 2000. 2000.
6. Hendartini, J. Sistem Pembayaran Kapitasi Total, Makalah Seminar Kapitasi Total bagi Dokter Keluarga PT. Askes, Yogyakarta. 2000.
7. Kisworini, F.Y., Hendartini, J. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta PT. Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2004;07(01): 27-33.
8. Karyati, M., Mukti, A.G., Nusyirwan, M.S. Tingkat Kepuasan Dokter Keluarga terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi PT. Askes di Kota Medan, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2004; 07(02):81-87.
9. Sarah, S. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Kepala Puskesmas Terhadap sistem Pembayaran Kapitasi PT. Askes di Kabupaten di Kabupaten Sleman, Tesis IKM UGM, Yogyakarta. 2002.
10. Muchlas, M. Perilaku Organisasi, Jilid I, Program Pendidikan Pascasarjana Magister Manajemen Rumah Sakit, UGM, Yogyakarta.1979.
11. Robins, S.P. Perilaku Organisasi (Terjemahan), PT. Prenhallindo, Jakarta. 2001.
12. Murti, B. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan, Penerbit Kanisius, Yogyakarta. 2000.
13. Bolland, P. The Capitation Source Book, Bolland Healthcare, Berkeley. 1996.
14. Schuler, R.S., Jackson, Susan, E., Manajemen Sumber Daya Manusia Menghadapi Abad 21, Penerbit Erlangga, Jakarta.1999;6.
15. Hasibuan, M.S.P., Manajemen Sumber Daya Manusia, Edisi Revisi, PT. Bumi Aksara, Jakarta.
16. Bermansyah, Hubungan Pengetahuan dan Kepuasan Dokter Keluarga terhadap Kapitasi dengan Kepuasan Pasien Peserta Wajib PT. Askes terhadap Pelayanan Dokter Keluarga, Kajian di Kota Bengkulu dan Kabupaten Rejang Lebong Provinsi Bengkulu, Tesis IKM UGM, Yogyakarta. 2004.
17. Chotimah, N. dan Kusnanto, H. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja dan Motivasi Dokter Keluarga PT. Askes Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta wajib PT. Askes, di Kotamadya Malang, Madiun dan Kediri Provinsi Jawa Timur, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*,2000; 03(04):171-85.
18. Subawa, I.G. Tahun 2003 Sebagai Tahun Citra, Buletin Info Askes No.13, PT. Askes Indonesia.2003.

RESENSI

Judul Buku : Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit, Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar
 Penulis : Laksono Trisnantoro
 Penerbit : Andi Offset, Yogyakarta
 Jumlah Halaman : I-X, 378 (termasuk indeks)
 Harga : Rp45.000,00

Kenyataannya, rumah sakit sebagai institusi penyedia jasa layanan kesehatan, juga merupakan sebuah lembaga yang tidak lepas dari pengaruh atau tekanan lingkungan. Pertumbuhan dan perkembangan organisasi rumah sakit menjadi tergantung pada keadaan lingkungan organisasi tempat rumah sakit tersebut berada. Ini menunjukkan bahwa dibutuhkan sistem manajemen rumah sakit yang mempertimbangkan aspek strategis agar rumah sakit mampu beradaptasi atau mengendalikan faktor berpengaruh tersebut yang juga terus berubah, baik itu faktor internal apalagi terhadap faktor eksternal. Pertanyaan pentingnya adalah bagaimana para manajer, karyawan-karyawan rumah sakit ataupun pemilik rumah sakit dapat mengenali lingkungan rumah sakit dan perubahannya, melakukan analisis dan mengelola lingkungan tersebut, dan kemudian membuat dan menerapkan perencanaan strategis sebagai langkah terbaik agar organisasi rumah sakit dapat *survive* bahkan bertumbuh.

Pertanyaan-pertanyaan di atas berusaha dijawab dalam buku ini yang tidak saja memaparkan keadaan normatif dan harus dihadapi rumah sakit tetapi juga menekankan keadaan nyata yang ada, sehingga pemikiran yang muncul dalam buku ini menjadi lengkap. Pembaca dapat langsung melakukan perbandingan antara hal normatif tersebut yang semestinya diacu oleh rumah sakit dengan hasil-hasil penelitian yang sesuai dengan topik manajerial rumah sakit. Penulis mencoba menuntun pembacanya dalam pengembangan langkah strategis manajemen rumah sakit agar memiliki dasar yang kuat untuk menghadapi tekanan atau perubahan lingkungan yang terjadi, apalagi jika rumah sakit tersebut berada dalam lingkungan organisasi yang dinamis ataupun lingkungan yang buruk. Dengan demikian, buku ini tepat bagi kalangan manajer dan profesional di

rumah sakit, pemilik rumah sakit, pengambil kebijakan di sektor kesehatan utamanya institusi pemerintah, praktisi rumah sakit, juga bagi mahasiswa pendidikan kesehatan.

Pertama-tama, pembaca diperkenalkan dengan metode pengenalan lingkungan usaha rumah sakit. Penulis mengibaratkan lembaga rumah sakit sebagai makhluk hidup yang harus berhadapan dengan lingkungannya sehingga lembaga perlu memiliki pemahaman komprehensif tentang perubahan lingkungan. Apabila seorang manajer rumah sakit sudah memiliki pemahaman ini dan berada pada situasi baru, maka ia seharusnya mampu melakukan deteksi adanya perubahan yang akan menghasilkan penafsiran dan akhirnya dapat memilih dan melakukan tindakan yang tepat sebagai respon rumah sakit terhadap perubahan lingkungan tersebut. Cukup banyak perubahan lingkungan yang bermakna bagi keberadaan organisasi rumah sakit yang ditampilkan sebagai contoh dalam buku ini. Misalnya, keadaan politik, sosial dan ekonomi masyarakat yang telah berubah seiring waktu. Perubahan lain yang menonjol adalah meningkatnya harapan masyarakat terhadap pelayanan yang bermutu, adanya desentralisasi pelayanan kesehatan, penerapan asuransi kesehatan, desakan tuntutan hukum terhadap pelayanan yang malpraktek, distribusi tenaga medis terutama spesialis, sampai pada pengaruh globalisasi yang memberikan kesempatan kepada mekanisme pasar sebagai faktor penentu dalam perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia. Contoh lainnya pada penataan sistem manajemen rumah sakit yang belum berjalan dengan baik, bagaimana konsep otonomi rumah sakit yang tepat, subsidi untuk rumah sakit keagamaan yang menjadi sangat berkurang, dan seringkali terdapat perbedaan pandangan antara rumah sakit pemerintah dengan stafnya, utamanya dengan tenaga medis.

Proses pemahaman tersebut di atas merupakan satu kesatuan yang memerlukan pemikiran strategis dari para manajer rumah sakit. Proses pemahaman ini dipermudah oleh penulis dengan menampilkan secara lengkap pada Bab 2 tentang prinsip-prinsip manajemen strategis. Dengan berdasarkan pada skema konsep manajemen strategis, pembaca menjadi mudah memahami konsep manajemen strategis yang tidak hanya mencakup bagaimana perencanaan yang strategis, lalu mengelola dan mengendalikan pelaksanaan kegiatan dalam organisasi tetapi juga mengenai pengembangan sikap baru terhadap perubahan eksternal yang terjadi. Manajemen strategis juga meliputi aspek misi, visi, dan tujuan rumah sakit, yang terkait dengan lingkungan luar dan dalam rumah sakit. Pada bagian ini ditampilkan kutipan dari beberapa referensi yang mendukung topik ini dan contoh nyata pada beberapa rumah sakit untuk memudahkan pemahaman yang akan ditarik oleh pembaca. Untuk melengkapi pemahaman tadi, budaya organisasi juga diulas secara mendalam dengan menggambarkan bagaimana interaksi antarbudaya yang berpengaruh pada budaya rumah sakit dan profesionalnya. Budaya rumah sakit menjadi penting karena adanya perbedaan budaya pada rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit *for profit*, dan penerapan budaya yang tepat akan sangat kondusif bagi perkembangan rumah sakit.

Dalam bagian berikutnya, dibicarakan hal-hal yang berpengaruh dalam penyusunan rencana strategis dan pelaksanaannya. Sifat kelembagaan rumah sakit menjadi faktor penting, karena jenis rumah sakit tersebut (bersifat *for profit* atau *non-profit*) akan menentukan indikator kinerja lembaga ini. Sesuai dengan pendapat Dees (1999) yang dikutip penulis menyebutkan bahwa perbedaan antara lembaga *for profit* dengan *nonprofit* bukanlah hitam putih tetapi terdapat suatu spektrum yang dapat menggambarkan keadaan rumah sakit di Indonesia. Ini dapat berarti bahwa sebenarnya sebagian besar rumah sakit pemerintah dan swasta non-PT (*nonprofit*) berada di antara spektrum lembaga usaha murni dengan lembaga kemanusiaan murni, sehingga indikator kinerjanya akan bercampur-baur antara misi sosial dan nilai-nilai pasar. Disarankan agar rumah sakit pemerintah dapat berkembang perlu menerapkan konsep *balanced scorecard* (modifikasi) sebagai indikator kinerjanya. Pada bagian ini juga diuraikan hal-hal lain yang perlu dalam penerapan perencanaan strategis yaitu diperlukan komitmen tinggi dari seluruh sumber daya manusia yang ada dan besarnya peranan kepemimpinan dalam pengembangan rumah sakit secara strategis.

Setelah pembaca memahami pentingnya manajemen strategis, selanjutnya penulis menggambarkan proses penyusunan dan penetapan rencana strategis rumah sakit. Dimulai dari penyusunan misi rumah sakit, lalu nilai-nilai apa yang dipercaya, visi yang hendak dicapai, dan strategi yang ditetapkan sampai dengan hasil pelaksanaannya yang harus mencerminkan berjalannya misi sebagai langkah mencapai visi lembaga. Proses ini juga harus didukung dengan kajian mendalam melalui analisis lingkungan eksternal dan internal (Analisis SWOT) rumah sakit termasuk pada unit-unit layanan yang ada. Untuk analisis eksternal, penulis menggunakan dua macam model analisis (berdasarkan sistem kesehatan, dan model persaingan Porter), sedangkan pada analisis internal digunakan cara pengamatan terhadap kultur organisasi dan subsistem-subsistem yang ada di rumah sakit. Setelah itu dilakukan perumusan strategi dan *mem-breakdown*-nya dalam bentuk program. Penulis menganut metode perumusan strategi rumah sakit ke dalam tiga bagian, yang diulas secara mendalam dilengkapi dengan contoh-contoh, yaitu *grand strategy*, *generic strategy*, dan *functional strategy*. Menariknya, dalam bagian ini juga dibahas strategi penggalian sumber dana untuk rumah sakit dalam rangka menjalankan fungsi sosialnya, utamanya bagi rumah sakit pemerintah (dan keagamaan) dalam konteks diperlukannya subsidi dana dari luar, dan adanya penerapan kebijakan desentralisasi.

Untuk melengkapi buku ini, penulis menampilkan isu-isu yang berpengaruh pada strategi pengembangan rumah sakit, khususnya peran yang harus diambil oleh rumah sakit antara misi sosialnya dengan semakin besarnya tekanan pasar. Isu-isu tersebut antara lain: sifat industri farmasi yang tentunya ikut membentuk proses organisasi rumah sakit, motivasi dan perilaku profesional yang ada di rumah sakit, kebijakan penerapan konsep *good governance* di sektor kesehatan dan *good corporate governance* di rumah sakit, dan *good clinical governance*. Bahkan penulis menawarkan konsep etika rumah sakit yang semestinya ditempuh untuk mendukung penyusunan dan implementasi rencana strategis, antara lain: strategi pemberian insentif finansial bagi dokter, strategi rumah sakit sebagai tempat kerja, mutu pelayanan pada setiap kelas yang ada, dan kelayakan pelayanan yang berlapis-lapis bagi pasien. Dapat disimpulkan bahwa etika organisasi rumah sakit merupakan etika bisnis yang memiliki sifat-sifat khusus.

Syafari D. Mangopo

(syafari_mangopo@yahoo.com)

KORESPONDENSI

e-mail ditujukan ke hiillary@yahoo.com

Otonomi Daerah dan Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo di Daerah Istimewa Yogyakarta

Ibu Dwi Ciptorini yang terhormat, saya sangat tertarik membaca artikel saudara tentang "Otonomi Daerah dan Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo Di Daerah Istimewa Yogyakarta" yang dimuat di Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 07/Nomor 04/Desember/2004.

Sebagaimana kita ketahui bersama bahwa Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (KKN) adalah penyebab utama mengapa tingkat kesejahteraan di Indonesia belum bisa diatasi melalui kebijakan pemerintah. Dari perspektif administrasi publik penyebab KKN adalah rendahnya akuntabilitas birokrasi publik. Mengetahui dan mencegah KKN atau penyalahgunaan wewenang jauh lebih penting dari pada melakukan tindakan hukum terhadap pelaku KKN itu sendiri. Lembaga Administrasi Negara RI¹ mengatakan bahwa upaya untuk mewujudkan *good governance* hanya dapat dilakukan apabila terjadi keseimbangan (*alignment*) peran-peran kekuasaan yang dimainkan oleh setiap unsur yang ada dalam *governance* meliputi; negara, sektor swasta, dan masyarakat.

Oleh sebab itu, sebagai akademisi sekaligus pemerhati masalah kebijakan publik, saya merasa terpenggil untuk mengkritisi beberapa hal baik menyangkut metodologis penulisan artikel ilmiah maupun substansi atau isi artikel yang ditulis oleh Dwi Ciptorini pada JMPK Volume 07/Nomor 04/Desember/2004. Secara metodologis, penyusunan artikel ilmiah pada penyusunan *keywords* sesungguhnya beirisikan kata-kata kunci yang terdapat pada judul yang dikemukakan, sehingga tidak perlu memuat kata-kata lain yang ada dalam hasil dan pembahasan.

Pada bagian pendahuluan, peneliti belum mengemukakan secara gamblang konsep-konsep tentang otonomi daerah dan akuntabilitas kinerja birokrasi publik agar dapat mendukung dan menekankan pentingnya melakukan penelitian. Peneliti juga belum mengemukakan permasalahan penelitian secara eksplisit, sehingga belum terlihat apa yang mendorong peneliti tertarik untuk melakukan penelitian. Seharusnya peneliti terlebih dahulu mengemukakan apa yang merupakan permasalahan penelitian yang membuat peneliti tertarik untuk melakukannya. Tujuan penelitian

pada artikel tersebut, peneliti tidak mengemukakan secara eksplisit. Peneliti tidak mengemukakan manfaat apa yang ingin dicapai dari hasil penelitian tersebut. Menurut saya manfaat penelitian harus dijelaskan baik untuk lembaga birokrasi, perguruan tinggi seperti; untuk pengembangan bidang keilmuan khususnya konsep konsep kebijakan *public* dan manfaat bagi peneliti sendiri.

Pada bagian bahan dan cara penelitian, peneliti tidak menjelaskan jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini. Seyogyanya peneliti menjelaskan jenis penelitian yang digunakan apakah termasuk penelitian *survey* dengan pendekatan kualitatif ataukah lainnya. Peneliti tidak mengemukakan bagaimana cara penentuan sampel atau responden yang digunakan pada penelitian tersebut artinya seorang peneliti haruslah menjelaskannya, sehingga pembaca lain mengerti mengapa responden seperti; pejabat struktural, DPR Komisi E, dan LSM Bidang kesehatan digunakan pada penelitian tersebut.

Peneliti tidak mengemukakan kriteria ataupun standar yang digunakan dalam pengukuran kinerja. Menurut LAN¹ pengukuran kinerja birokrasi publik meliputi 5 indikator kinerja. Namun pada penelitian ini peneliti hanya melakukan pengukuran terhadap salah satu dari 5 indikator kinerja tersebut yaitu indikator *output* atau hasil cakupan program, namun walaupun demikian hendaknya peneliti menampilkan indikator yang digunakan untuk mengukur hasil cakupan program. Selanjutnya Ferlie dalam Kumorotomo² membedakan 5 model akuntabilitas, namun peneliti hanya terbatas meneliti model akuntabilitas ke atas sesuai dengan Perda No. 11/2000. Selanjutnya Carino dalam Widodo³ menyatakan bahwa untuk memahami akuntabilitas administrative mengacu pada pertanyaan dasar terhadap akuntabilitas antara lain meliputi; "*Who is considered accountable?*" (siapa yang harus melaksanakan akuntabilitas), "*to whom is he accountable?*" (Kepada siapa mereka berakuntabilitas), "*to what standards or value is he accountable?*" (Apa standar yang digunakan untuk penilaian akuntabilitas?), dan "*by what means is he made accountable?*" (Dengan sarana apa dia membuat akuntabilitas?) Peneliti belum mengacu pada pertanyaan mendasar tentang akuntabilitas.

Peneliti tidak menjelaskan secara eksplisit teknik analisis data yang digunakan pada penelitian ini, yang dikemukakan hanyalah analisis kualitatif, menurut saya ada beberapa bentuk analisis yang dapat digunakan pada penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif. Faisal⁴ terdapat lima jenis analisis data yang digunakan dalam penelitian kualitatif yaitu analisis domain, analisis toksonomis, analisis komponensial, analisis tema kultural, dan analisis komparasi konstan. Menurut peneliti, analisis yang tepat digunakan pada penelitian ini adalah analisis domain. Berdasarkan pendapat Faisal⁴, dapat disimpulkan bahwa analisis domain (isi atau makna hubungan semantis) biasanya digunakan untuk memperoleh gambaran yang bersifat umum dan menyeluruh tentang apa yang tercakup dalam suatu fokus permasalahan yang diteliti. Hubungan semantik, menggambarkan kemampuan peneliti untuk memperoleh informasi yang bebas dengan cara memberi arti atau makna dari kata atau kalimat yang disampaikan oleh responden atau sampel penelitian.

Pada bagian hasil penelitian dan pembahasan, peneliti hanya menampilkan variabel-variabel tanpa mengkaitkan antarvariabel sebagaimana tujuan dari penelitian. Di samping itu, peneliti tidak melakukan pembahasan terhadap hasil penelitian yang dikaitkan dengan teori-teori ataupun yang mendukung hasil penelitian tersebut. Hasil penelitian tidak menggali secara mendalam apa dan bagaimana partisipasi *stakeholder* yang terlibat pada pembuatan keputusan, pelaksanaan, dan evaluasi sesuai dengan peran mereka dalam pembangunan kesehatan di Kabupaten Kulonprogo, sehingga informasi yang diperoleh peneliti tidak menyeluruh atau mendalam tentang apa yang tercakup dalam fokus permasalahan yang diteliti.

Menurut Konsep Sistem Akuntabilitas Institusi Pemerintah dalam LAN¹, desain struktur organisasi Dinkes tidak termasuk salah satu dari lima indikator pengukuran kinerja.

Peneliti menggunakan konsep Mintzberg untuk menjelaskan perbedaan desain organisasi sebelum dan sesudah otonomi daerah pada Tabel 9, menurut saya kurang tepat karena Kepala Dikes selaku *middle line* bukanlah berfungsi sebagai penghubung antara puskesmas selaku *operating core* dengan bupati selaku *strategic apex* pada organisasi pemerintah daerah. Demikian juga direktur rumah sakit selaku *middle line* bukanlah bertugas menghubungkan antara rumah sakit

sebagai *operating core* dengan bupati selaku *strategic apex*. Adapun menurut saya, Kepala Dinkes selaku *middle line* tidaklah berfungsi sebagai penghubung antara puskesmas selaku *operating core* dengan bupati selaku *strategic apex*. Atau direktur rumah sakit selaku *middle line* tidak bertugas menghubungkan antara rumah sakit sebagai *operating core* dengan bupati selaku *strategic apex*. Demikian juga yang lainnya.

Menurut Mintzberg dalam Robbins⁵ bahwa setiap organisasi mempunyai lima bagian dasar dan salah satu dari kelima bagian tersebut dapat mendominasi sebuah organisasi. Berdasarkan teori Mintzberg tersebut, menurut saya penggunaan lima dimensi dasar tersebut menganalisis perbedaan desain struktur organisasi Dinas kesehatan dan tidak menghubungkan dengan organisasi lainnya seperti organisasi rumah sakit, Depkes dan pemerintah daerah karena peneliti hanya menganalisis akuntabilitas Dinkes Kabupaten Kulonprogo bukan pemerintahan Kabupaten Kulonprogo. Seharusnya peneliti menjelaskan mengapa dan bagaimana proses penetapan desain struktur organisasi Dinkes Kabupaten Kulonprogo.

Kesimpulan, hendaknya konsisten dengan apa yang dipermasalahkan dalam penelitian, dan oleh karena perumusan permasalahannya tidak secara tegas maka kesimpulan yang dibuatpun menjadi tidak tegas. Dengan demikian, saran yang disampaikan pula akan menjadi bias atau kurang terarah.

Zulfendri

Staf Pengajar Bagian Administrasi

Dan Kebijakan Kesehatan

FKM Universitas Sumatera Utara Medan

zulfendri_jolly@yahoo.com

1. Lembaga Administrasi Negara RI. AKIP Dan Pengukuran Kinerja, Bahan ajar Diklatpim Tingkat III, Jakarta.2001.
2. Kumorotomo,W. Akuntabilitas Birokrasi Publik; Sketsa pada masyarakat transisi, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.2005.
3. Widodo. Good Governance; Telaah dari Dimensi Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi Pada Era Desentralisasi dan Otonomi Daerah, Insan cendekia,, Surabaya.2001.
4. Faisal, S. Penelitian Kualitatif; Dasar-Dasar dan Aplikasi, YA3 Malang.1990.
5. Stephen P. Robbins. Teori Organisasi; Struktur, Desain dan Aplikasi, Alih bahasa Jusuf Udaya, Edisi 3, Penerbit Arcan, Jakarta.1994.